**CADASTRO DE ANIMAL PARA CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO**

**DADOS DO RESPONSÁVEL**  **CADASTRO:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONE: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CELULAR (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) ONG ( ) BAIXA RENDA

**DADOS DO ANIMAL**

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ESPÉCIE: CANINO FELINO SEXO: MACHO FÊMEA

RAÇA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COR(ES): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PORTE: PEQUENO MÉDIO GRANDE TEMPERAMENTO: DÓCIL INSTÁVEL

Eu, abaixo assinado, proprietário do paciente admitido aqui, autorizo o médico veterinário a administrar o tratamento que for necessário e praticar a cirurgia de castração ou outros procedimentos adicionais que forem considerados terapêutico necessários. Também autorizo a administração de anestésicos que são necessários para a cirurgia. Declaro estar ciente dos riscos pertinentes a administração de anestésicos e qualquer outro medicamento que possam levar ao óbito do animal. Me responsabilizo por mantê-lo de roupa cirúrgica ou colar elisabetano até a retirada dos pontos após 15 dias, tendo a ciência de que o Centro de Controle de Zoonoses não se responsabiliza pela retirada dos mesmos. Declaro ter conhecimento de que é de minha inteira responsabilidade manter o animal medicado, em repouso, e sem mexer nos pontos. Aqui certifico que li e compreendi a autorização acima para o tratamento médico e ou cirúrgico, suas vantagens e possíveis complicações se houverem. Também certifico que nenhuma garantia ou certeza foram dadas quanto aos resultados. Declaro também não ter tido nenhum gasto financeiro cobrado pelo centro de controle de zoonoses.

Entrada: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_ hrs.

Alta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_ hrs.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Tutor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Veterinário Responsável