



CADASTRO CASTRAÇÃO

ANEXAR CÓPIA (XEROX)

- CPF
- IDENTIDADE
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

Proprietário: _____

Endereço: _____

RG: _____ CPF: _____

Telefone: _____

Nome do animal: _____

Espécie: _____ Raça: _____

Sexo: _____ Idade: _____

AUTORIZAÇÃO PARA PRÁTICA ANESTÉSICA CIRÚRGICA

Para fins de ordem legal, autorizo os procedimentos para cirurgia do animal de minha propriedade e declaro estar ciente dos riscos inerentes as práticas anestésico-cirúrgico, bem como os possíveis riscos de vida inerentes ao animal.

Proprietário: _____

RG: _____ CPF: _____

Telefone: _____

Cordeiro, _____ de _____ de _____

Assinatura do responsável

Irma Santos Marretto
Médica Veterinária
CRMV- RJ 3.325