



LaborCare
Centro de Apoio Diagnóstico Veterinário

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA

Eu, _____,
portador do RG nº _____, autorizo o médico veterinário
Venessa Foloni Torres, CRMV SP 13.152 a realizar a sedação e/ou anestesia do
animal de minha responsabilidade e/ou propriedade, de nome
_____, raça _____, do sexo
_____, com _____ de idade.

Estou ciente de que eventualmente, possa ocorrer risco para a vida do animal,
devido a reações adversas e muitas vezes imprevisíveis, referentes à
anestesia.

Mantive o meu animal em jejum de sólidos por 12 horas e líquidos por 3 horas
conforme recomendado.

Bauru, _____ de _____ de 20__.

Proprietário ou Responsável