



LaborCare
Centro de Apoio Diagnóstico Veterinário

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS

Eu, _____,
portador do RG nº _____, autorizo o médico
veterinário _____,
CRMV _____, a realizar o procedimento de
_____ do animal de
minha responsabilidade e/ou propriedade, de nome
_____, raça _____, do sexo
_____, com _____ de idade.

Fui orientado e estou ciente de que eventualmente, possa ocorrer
risco para a vida do animal, devido a reações adversas e muitas
vezes imprevisíveis, referentes ao procedimento acima.

Bauru, ____ de _____ de 20__.

Proprietário ou Responsável