



TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA

Tutor: _____

R.G.: _____ CPF: _____

Tel.: () _____ E-mail: _____

Nome do Paciente: _____ Espécie: _____

Raça: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Peso: _____ Kg

Eu, _____

tutor(a) e/ou responsável pelo paciente acima identificado, autorizo através desta, a realização do procedimento anestésico.

Declaro ter sido cientificado(a) pelo Médico Veterinário, sobre os riscos e possíveis complicações anestésicas e que foram esclarecidas todas as minhas dúvidas sobre a anestesia.

Em caso de emergência, dou autonomia para o Médico Veterinário adotar todos os procedimentos destinados a restabelecer o quadro clínico do paciente.

Campinas, / /

Assinatura do tutor e/ou responsável

Assinatura e carimbo do Médico Veterinário

Av. Francisco José de Camargo Andrade, 111
Jd. Chapadão - Campinas-SP - (19) **3242.2408**
www.hospitalverlengia.com.br

