



TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Tutor: _____

R.G.: _____ CPF: _____

Tel.: () _____ E-mail: _____

Nome do Paciente: _____ Espécie: _____

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

Eu, _____

tutor(a) e/ou responsável pelo animal descrito acima, autorizo que o mesmo seja submetido à anestesia geral e administração de contraste _____ caso necessário, para a realização do exame de Tomografia Computadorizada.

Declaro estar ciente dos riscos e complicações (**reação alérgica e/ou anafilática, sabendo que estas são imprevisíveis**) decorrentes da anestesia e do meio de contraste que serão utilizados durante o exame e concordo plenamente com sua administração em meu animal.

Declaro que todas as dúvidas mediante ao procedimento foram esclarecidas previamente ao exame pelo Médico Veterinário.

Declaro estar ciente que o laudo oficial (via internet) será emitido no prazo de 4 (quatro) dias úteis, a partir da data do exame.

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

