

AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA

Eu _____ portador do CPF nº _____, declaro estar ciente dos riscos da cirurgia a que será submetido o animal de minha propriedade de espécie _____, raça _____, sexo _____, nome _____, autorizo sua realização e desde já isento o HOSPITAL VETERINÁRIO SANTA INÊS, de quaisquer responsabilidades em decorrência deste procedimento.

Declaro ainda que me responsabilizo por todos os custos desta ou de outras intervenções médico-veterinárias que se fizerem necessárias em função da cirurgia.

SÃO PAULO, _____ de _____ 200_____

ASSINATURA