

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_

CPF Nº \_\_\_\_\_ . Proprietário do animal de nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, espécie \_\_\_\_\_ , raça \_\_\_\_\_ .

Registrado neste Hospital Veterinário sob o nº \_\_\_\_\_ , estou ciente do quadro clínico do animal acima descrito, atendido neste estabelecimento e opto pela não internação do animal.

Assim estou ciente da possibilidade de evolução não favorável.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Proprietário do animal