



SANTA INÊS

Hospital Veterinário

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ANESTESIA

Autorizo o animal de minha propriedade a ser submetido à **Anestesia Geral**, devido à necessidade de realização do procedimento abaixo especificado.

Estou ciente dos riscos e complicações anestésicas, que tal procedimento pode acarretar, sendo que todas as dúvidas foram pré – estabelecidas pelo **Médico Veterinário/Anestesista**.

Todo o ato cirúrgico implica em risco de morte. Portanto em caso de **Óbito**, o pagamento não será isentado.

Identificação do Animal e dados do proprietário

Nome: _____ Raça: _____ Idade: _____

Espécie: _____ Sexo: M () / F () Peso: _____ kg

Cirurgia Proposta: _____

Nome do Proprietário: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____ n° _____

Cidade: _____ Tel resid: _____ Tel cel: _____

Prontuário: _____

Estando ciente e de acordo e, por livre e espontânea vontade, venho por meio desta, firmar autorização cirúrgico/anestésico e confirmação de ciência de valores firmados para realização do mesmo.

São Paulo, _____ de _____ de 2015

Nome Legível / Assinatura