

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS EM ANIMAIS DURANTE AULAS PRÁTICAS

Declaro o livre consentimento para a realização da consulta clínica, coleta de material e administração de medicamentos, durante aula prática no animal abaixo identificado, a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a):
..... CRMV-.....

Identificação do animal (nome, sexo, raça, idade real ou presumida, cor de pelagem ou plumagem, sinais particulares, tatuagem, brinco, microchip, registro genealógico e, conforme o caso, resenha detalhada):
.....
.....

Declaro, ainda, ter sido esclarecido(a) acerca de todas as condutas tomadas pelo(a) profissional, dos possíveis riscos inerentes ao procedimento durante ou após a realização da aula prática, estando o(a) referido(a) profissional isento(a) de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos, e que a Instituição segue a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (nº 13.709/2018).

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) Médico(a) Veterinário(a):
.....
.....

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) tutor(a)/proprietário(a)/responsável:
.....
.....

Identificação do(a) responsável pelo animal:

Nome:

CPF:

Endereço completo:

Bambuí, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) responsável pelo animal

Assinatura do(a) Médico Veterinário(a)