**TERMO DE ATENDIMENTO VETERINÁRIO EXTRAORDINÁRIO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORNECEDOR DE SERVIÇOS** | Coordenação do plano | | Data: | |
| Endereço: | | | |
| Município: | Bairro: | | CEP: |
| Profissional responsável: | | CRMV/MG: | |
| **PROPRIETÁRIO/ TUTOR DO ANIMAL** | Nome: | | | |
| Endereço: | | | Município/UF: |
| Estado Civil: | CPF/CNPJ: | | RG/CI: |

Eu...............................................................AUTORIZO o encaminhamento do(s) animal(is) descritos a seguir, para internação e realização dos protocolos médico-veterinários, clínico e/ou cirúrgicos, que forem necessários à saúde e bem-estar estar deste(s).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prontuário** | **Espécie** | **Raça** | **Sexo** | **Idade** | **Outras Características** |
|  |  |  |  |  |  |

EXPONHO que fui devidamente esclarecido sobre o motivo e local de encaminhamento, bem como do fluxo de solicitação de informações a respeito do estado do animal (canais de relacionamento da Fundação Renova).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **#** | **LOCAL DE ENCAMINHAMENTO** | **MUNICÍPIO/UF** |
| [ ] | xxx | xxx |
| [ ] | xxx | xxx |

Por fim, DECLARO que estou CIENTE acerca dos possíveis riscos inerentes à situação clínica do animal, bem como do(s) tratamento(s) proposto(s), estando o referido estabelecimento e profissional médico-veterinário isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Outras informações e observações gerais pertinentes à esta autorização:

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Responsável pelo animal | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Médico-veterinário e CRMV/MG |
|  |  |
|  |  |