

CASTRAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POR MICROCHIP PARA CÃES E GATOS
ATENÇÃO ! PREENCHER TODOS OS ITENS COM LETRA LEGÍVEL !

FICHA DE INSCRIÇÃO

DADOS DO ANIMAL

☐	CACHORRO(A)	☐	GATO(A)	NOME:	☐	MACHO	☐	FÊMEA
RAÇA:				COR:	IDADE:			
PESO:				VACINADO?	VERMIFUGADO?			
ESTEVE DOENTE NOS ÚLTIMOS 6 MESES OU REALIZOU CIRURGIA?								
TOMA MEDICAMENTO? QUAIS?								

DADOS DO RESPONSÁVEL

_DADOS CONFERIDOS POR ☐ RG ☐ CPF ☐ COMP.RESIDÊNCIA

NOME:		
DATA NASC.:		
ENDEREÇO:		
BAIRRO:	CEP:	FONE:
RG:	CPF:	
E-MAIL:		

TERMO DE AUTORIZAÇÃO ANESTÉSICO, CIRÚRGICO E MICROCHIPAGEM

Autorizo a realização dos procedimentos anestésico cirúrgico e microchipagem necessários no animal supracitado, a ser realizado pelo Médico Veterinário Leandro Lucatelli Bueno, CRMV 24.549-SP.

Declaro ter sido esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes ao(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO USO DE DADOS E IMAGENS

Autorizo a coleta, o registro e a utilização de minhas imagens e dos meus dados pessoais para fins de prestação de contas, contatos e mídias, de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados.

Cidade: _____ Data: _____ / _____ de 20_____

ASSINATURA: _____

NOME COMPLETO: _____