

# TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INSERÇÃO DE MICROCHIP EM CÃES E GATOS

GUARDIÃO: \_\_\_\_\_ N° CAD \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: Av/Rua: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Nome do animal: \_\_\_\_\_ Espécie: ( ) Canina ( ) Felina

Sexo: ( ) Macho ( ) Fêmea

O (a) guardião (ã), acima qualificado (a), vem, pelo presente, autorizar a Seção de Vigilância Epidemiológica de Campo Florido-MG a realizar, em seu animal, o procedimento de inserção de microchip, à qual deverá (foi) submeter-se (submetida) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

Declara que o animal se encontra em perfeitas condições de saúde e também declara estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o aludido procedimento, tendo recebido do médico veterinário todas as informações solicitadas, bem como outras subsidiárias, conforme a seguir explicita:

1) Que lhe foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário ou seu assistente a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento.

Local e data:

Assinatura do guardião: