

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARA REALIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

Nome do tutor: \_\_\_\_\_

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

Telefone: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Espécie: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Autorizo o encaminhamento do paciente acima identificado para internação do Veros Hospital Veterinário, devido a \_\_\_\_\_

estando ciente de eventos, riscos e possíveis intercorrências decorrentes do quadro atual e também do tratamento médico proposto e instituído.

Compreendo que os procedimentos caracterizados como urgência e emergência serão realizados a critério do médico-veterinário responsável, visando resguardar a vida do paciente, estando desde já autorizados. Demais procedimentos, no entanto, ficam dependentes de minha autorização.

Declaro estar ciente de que o desempenho da atividade médica é um compromisso de meio e que, embora empenhados todos os esforços médicos e todos os recursos financeiros, não há garantia de resultado, de evolução favorável nem da cura.

Fui informado que, para realização de alguns procedimentos, será necessária a tricotomia do animal (raspagem dos pelos) em um ou mais locais, estando o médico autorizado a fazer a tricotomia necessária, mesmo o procedimento podendo desencadear reações alérgicas e, dependendo da raça e do tipo de pele, podendo o pelo demorar a crescer ou não mais crescer no local.

Declaro estar ciente de que o paciente poderá ser submetido à sondagem de vesícula urinária, havendo riscos inerentes à sondagem.

Declaro que o presente termo foi entregue com razoável antecedência, sendo dada a mim oportunidade para sanar eventuais dúvidas ou solicitar demais esclarecimentos sobre o atendimento do meu animal.

Atestando que recebi informações claras, precisas e adequadas acerca do planejamento médico, dos possíveis riscos inerentes ao tratamento, bem como das regras no bloco hospitalar (recebi o impresso denominado ORIENTAÇÕES GERAIS PARA PACIENTES DE UTI E SEMI-INTENSIVA ou REGRA PARA O USO DOS APARTAMENTOS), autorizo a internação do paciente acima identificado.

Todos os pertences do(a) paciente deixados em poder do hospital e registrados no check list de admissão devem ser retirados pela família no momento da alta.

Se isso não for feito, eles serão mantidos no Veros por até 7 dias corridos e, depois disso, serão doados, não podendo mais os familiares reclamarem a devolução.

São Paulo, \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pelo paciente