

JUSTIFICATIVA DE VETO AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Data do atendimento: _____/_____/_____

Nome do animal: _____

Espécie: _____ Sexo: _____

Peso: _____ Cor: _____

Motivo do veto:

Médico Veterinário Responsável pela avaliação:

Preencher no reagendamento

Data do atendimento: _____/_____/_____

Peso: _____

Avaliação:

Animal encontra-se apto para realização do procedimento? () Sim () Não

Médico Veterinário Responsável pela avaliação: