

**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: