

Laudo médico-veterinário

Esse documento deve ser integralmente preenchido, assinado e carimbado **pelo Médico Veterinário**



Data do Atendimento:

Horário:

Local:

Nome do Pet:

Idade:

Espécie: ☐ Cão ☐ Gato

Raça:

Médico Veterinário:

1. Natureza do Atendimento: O atendimento realizado teve caráter emergencial? ☐ Sim ☐ Não

☐ Consulta das 8h às 20h

☐ Aplicação de Vacinas

☐ Sessão de Quimioterapia

☐ Consulta das 20h às 8h

☐ Procedimento Ambulatorial

☐ Sessão de Fisioterapia

☐ Consulta a Domicílio

☐ Procedimento Cirúrgico

☐ Sessão de Acupuntura

☐ Retorno de Consulta

☐ Consulta com Especialista:

☐ Realização de Exame:

Qual: _____

Qual: _____

2. Qual foi a principal queixa ou motivo do atendimento? Relato detalhado:

3. O pet possui registros prévios de condição crônica, congênita ou recorrente?

☐ Sim ☐ Não Qual: _____ Data diagnóstico: _____

4. Foram solicitados ou realizados exames: ☐ Sim ☐ Não

Exame: _____ Data: _____ Resultado: _____

Exame: _____ Data: _____ Resultado: _____

Exame: _____ Data: _____ Resultado: _____

Exame: _____ Data: _____ Resultado: _____

5. Foram realizadas aplicações de medicação injetável? ☐ Sim ☐ Não

Quais: _____ Via: ☐ IV ☐ IM/SC

Quais: _____ Via: ☐ IV ☐ IM/SC

6. Foi realizado procedimento cirúrgico? ☐ Sim ☐ Não Data do proced.: _____

Qual: _____ Foi enviado material p/ biópsia? ☐ Sim ☐ Não

7. Foi necessária internação do paciente? ☐ Sim ☐ Não Período de: _____ até: _____

☐ Internação comum 12h ☐ Internação comum 24h ☐ Internação Semi-intensiva/UTI

8. O pet veio a óbito? ☐ Sim ☐ Não Foi necessário realizar eutanásia? ☐ Sim ☐ Não



Carimbo, CRMV e Assinatura

Ao assinar esse documento, declaro a veracidade e assumo a responsabilidade pelas informações fornecidas. Estou ciente de que fraudes podem resultar em medidas legais. A BeneVet poderá contatar o veterinário responsável para esclarecimentos, e fraudes podem levar ao cancelamento do plano.