**TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL**

**DADOS DO RESPONSÁVEL:**

|  |
| --- |
| Nome: |
| RG: | CPF: |
| Endereço: |
|  |
| Complemento: | Bairro: |
| Cidade: | Estado: |
| Telefone: | Celular: |
| E-mail: |

**DADOS DO ANIMAL:**

|  |
| --- |
| Nome no registro: |
| Espécie: | Raça: | Sexo: ( ) Macho ( ) Fêmea |
| Data de nascimento (dia/mês/ano): |
| Nº Registro: | Nº Microchip: |

Encaminho o animal supracitado para avaliação das Articulações Coxofemorais e/ou dos Cotovelos para verificação do grau de Displasia pelo Colégio Brasileiro de Radiologia Veterinária.

Confirmo que o animal a ser radiografado corresponde ao documento que o acompanha (Anexar cópia autenticada do Pedigree).

Autorizo que a radiografia fique arquivada na base de dados do Colégio Brasileiro de Radiologia Veterinária.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura: