

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: