

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL

Eu, _____, R.G.: _____, domiciliado à R. _____, nº _____, Compl. _____, C.E.P.: _____, Bairro: _____, Cidade: _____, Estado: _____, encaminho o animal de nome: _____, Número de Registro: _____, Tatuagem nº: _____, e/ou Microchip nº: _____, para avaliação das Articulações Coxofemorais em relação ao 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 ou Tarjeta).

Autorizo que a radiografia fique arquivada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia Veterinária.

Estou ciente dos riscos de anestesia ou da sedação.

Tel. para contato: _____,
e-mail: _____.

_____, ____ de _____ de 2.011.

Assinatura

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO MÉDICO VETERINÁRIO

Eu, _____, R. G.: _____, Médico Veterinário, CRMV/____, nº: _____, domiciliado à R. _____, nº: _____, Compl. _____, Bairro: _____, Cidade: _____, Estado: _____, C.E.P.: _____, responsabilizo-me pela conferência e confirmação da identificação do animal de nome: _____, Número de Registro: _____, Tatuagem nº: _____, e/ou Microchip nº: _____,

Confirmo a utilização da anestesia ou sedação, com a qual o paciente estava perfeitamente relaxado durante o exame radiográfico.

Obs.: Cabe ao Médico Veterinário, identificar o animal no ato do exame radiográfico, se o mesmo não possuir identificação por tatuagem ou microchip.

Tel. para contato: _____
e-mail: _____

_____, ____ de _____ de 2.011.

Assinatura