



CLUBE BRASILEIRO DO PASTOR ALEMÃO – CBPA
Brasilien Schaeferhunde Verein
Filiado ao CBKC/FCI www.clubepastoralemao.com.br

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL

Eu: _____ RG: _____

Domiciliado à _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Encaminho o animal de nome: _____ Número do Registro: _____

Tatuagem nº: _____ Microchip nº: _____, para avaliação das:

Articulações Coxofemorais e de Cotovelo em relação ao grau de Displasia pelo Clube Brasileiro do Pastor Alemão. Confirmando que o animal a ser radiografado corresponde ao documento que o acompanha (anexar pedigree original CAR). Autorizo que a radiografia fique arquivada pelo Clube Brasileiro do Pastor Alemão. Estou ciente dos riscos de anestesia ou da sedação.

Tel.: _____ Cel. _____ E-mail: _____

Local e data

Assinatura

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO MÉDICO VETERINÁRIO

Eu: _____ RG: _____

Médico veterinário, CRMV nº: _____ Domiciliado à: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Responsabilizo-me pela conferência e confirmação da identificação do animal de nome: _____

Tatuagem nº: _____ Microchip nº: _____

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

Tel.: _____ Cel. _____ E-mail: _____

Declaro que acompanhei o procedimento radiográfico, procedendo também à conferência da documentação e sua correspondência ao animal avaliado.

Local e data

Nome: _____

Núcleo: _____

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura