

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO MÉDICO VETERINÁRIO

Nome		CRMV	CPF
Endereço			Complemento
Bairro	Cidade	Estado	
Telefone	Celular	E-mail	
Nome do animal no registro	Raça	Data de nascimento (dia/mês/ano)	
Registro	Tatuagem	Microchip	

Eu, por meio deste documento, me responsabilizo pela confirmação da identificação do animal supracitado por meio de conferência de seu número de registro, tatuagem e/ou microchip.

Também confirmo a utilização de anestesia ou sedação, e que o paciente estava com relaxamento muscular adequado 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.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura