

**TERMO DE ADESÃO DE DESCONTO PARA CRIADORES**

Nome do Proprietário ou Responsável Legal		RG	CPF
Endereço		Complemento	
Bairro	Cidade	Estado	
Telefone	Celular	E-mail	
CNPJ	Nome do Canil		

Eu encaminho solicitação para desconto na taxa de avaliação das Articulações Coxofemorais e/ou Cotovelos em relação ao grau de Displasia pelo Colégio Brasileiro de Radiologia Veterinária referente aos animais:

1. Nome: \_\_\_\_\_  
Nº registro: \_\_\_\_\_  
Microchip ou Tatuagem: \_\_\_\_\_
2. Nome: \_\_\_\_\_  
Nº registro: \_\_\_\_\_  
Microchip ou Tatuagem: \_\_\_\_\_
3. Nome: \_\_\_\_\_  
Nº registro: \_\_\_\_\_  
Microchip ou Tatuagem: \_\_\_\_\_
4. Nome: \_\_\_\_\_  
Nº registro: \_\_\_\_\_  
Microchip ou Tatuagem: \_\_\_\_\_
5. Nome: \_\_\_\_\_  
Nº registro: \_\_\_\_\_  
Microchip ou Tatuagem: \_\_\_\_\_

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