

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL

Nome		RG	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 encaminho o animal supracitado para avaliação das Articulações Coxofemorais e/ou 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