**TERMO DE RESPONSABILIDADE DO MÉDICO VETERINÁRIO**

**DADOS DO(A) MÉDICO(A) VETERINÁRIO(A)**

|  |
| --- |
| Nome: |
| CPF: | CRMV: |
| Endereço: |
|  |
| Complemento: | Bairro: |
| Cidade: | Estado: |
| Telefone: | Celular: |
| E-mail: |

**DADOS DO ANIMAL**

|  |
| --- |
| Nome no Registro: |
| Espécie: | Raça: | Sexo: ( ) Macho ( ) Fêmea |
| Data de Nascimento (dia/mês/ano): |
| Nº Registro: | Nº Microchip: |

Eu, por meio deste documento, me responsabilizo pelas informações aqui preenchidas, através de conferência de seu pedigree e da leitura do seu microchip.

Também confirmo que o paciente estava **Sedado/Anestesiado** durante o exame radiográfico.

LEMBRETE

A identificação do paciente por Microchip é obrigatória, cabendo ao Médico Veterinário responsável pelo exame de displasia a conferência destas informações e se o mesmo não possuir identificação por microchip, realizar a microchipagem no ato do exame.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Veterinário: