

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: