**TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL**

**DADOS DO RESPONSÁVEL:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | | |
| RG: | | CPF: | | |
| 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: | |

Encaminho o animal supracitado para avaliação das Articulações Coxofemorais e/ou dos 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: