



SOCIEDADE BRASILEIRA CÃES PASTORES ALEMÃES

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PROPRIETÁRIO

Nome do proprietário Atual:	Carteira de Identidade:
Endereço:	Telefone:
Nome do animal:	CEP
Data de Nascimento:	Cidade UF
	CRO:
	Sexo:
	Tatuagem ou microchip

Declaro para todos os fins de Direito que estou encaminhando o animal acima identificado para exame radiográfico, para posterior avaliação do grau de displasia coxofemoral e/ou cotovelos pelo Médico Veterinário credenciado pela SBCPA. Assim como cumprir a Resolução SBCPA ???

Confirmo que o animal a ser radiografado corresponde ao documento que o acompanha.

Declaro que o animal está em jejum alimentar de 12 (doze) horas.

Autorizo a sedação do animal, isentando o médico veterinário anestesista de qualquer intercorrência.

Autorizo que a radiografia fique retida pela Sociedade Brasileira Cães Pastores Alemães – SBCPA.

Autorizo também a publicação do resultado, qualquer que seja, no site da SBCPA e seja inserido no Banco de Dados da SBCPA.

Assinatura do Proprietário Atual:

Data ____/____/____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO MÉDICO VETERINÁRIO

Nome do Médico Veterinário	CRMV Nº
Endereço	CEP
	Cidade UF

Declaro para todos os fins de Direito que me responsabilizo pela conferência e confirmação da identificação do animal acima.

Confirmo a utilização de anestesia ou sedação, com a qual o paciente estava perfeitamente relaxado durante o exame radiográfico.

Assinatura e nº do CRMV do Médico Veterinário

Data ____/____/____