



Termo de Responsabilidade do Médico Veterinário

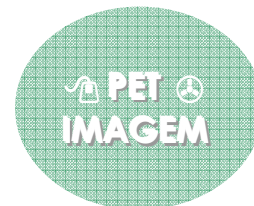
Eu, _____, CRMV _____,
domiciliado (a) à _____,
nº _____, complemento _____, CEP _____, Município
_____, UF _____,
telefone (____) _____, responsabilizo-me pela conferência e
confirmação da identificação do animal de nome de registro
_____, nº de registro RG
_____, tatuagem _____ e/ou microchip
_____.

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

OBS: se o cão não estiver identificado, cabe ao Médico Veterinário que fizer a radiografia
das articulações coxofemorais com relação à displasia, identificá-lo.

Curitiba, _____ de _____ de _____.

Médico Veterinário responsável



Diagnósticos Veterinários