



Termo de Responsabilidade do Proprietário ou Responsável

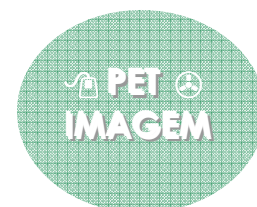
Eu, _____, RG _____,
domiciliado (a) à _____,
nº _____, complemento _____, CEP _____, Município
_____, UF _____,
telefone (____) _____, encaminho a radiografia do animal de
nome de registro _____,
nº de registro RG _____, para avaliação das articulações
coxofemorais com relação à displasia.

Confirmo que o animal radiografado corresponde ao documento que o
acompanha (em anexo cópia autenticada do pedigree ou tarjeta).

Autorizo que a radiografia seja retida pelo Colégio Brasileiro de Radiologia
Veterinária – CBRV.

Curitiba, _____ de _____ de _____.

Proprietário ou Responsável



Diagnósticos Veterinários