

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO







CLUBE BRASILEIRO DO PASTOR ALEMÃO – CBPA
 Brasilianischer Schaeferhund Verein

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA AVALIAÇÃO RADIOGRÁFICA

TIPO DE LAUDO	INTERNACIONAL	NACIONAL	NOVO	REPETIÇÃO
---------------	---------------	----------	------	-----------

Dados do Animal

Nome Microchip/Tatuagem

Nº Registro Data Nasc.: ____/____/____

Proprietário Responsável (Preencher caso não seja o proprietário que levou o animal para o exame)

Núcleo/Sociedade

Declaração do Proprietário/Responsável

Eu, _____, encaminho o animal acima qualificado, de minha propriedade ou sob minha responsabilidade, para avaliação das Articulações Coxofemorais e de Cotovelo em relação ao grau de Displasia pelo Clube Brasileiro do Pastor Alemão. Solicito que o laudo seja emitido por:

☐ Dra. Maria Margarita Duran Cotelio ☐ Dr. Luis Renato Verissimo de Souza ☐ Dr. Márcio Aurélio

Confirmando que o animal a ser radiografado corresponde ao documento que o acompanha (anexar pedigree original CAR). Autorizo que a radiografia fique arquivada pelo Clube Brasileiro do Pastor Alemão. Estou ciente dos riscos de anestesia ou da sedação.

Local/Data _____ de _____ de _____

Assinatura _____

Declaração do Verificador - Coordenador do Núcleo ou Médico Veterinário

Nome _____ Núcleo/Sociedade _____

Declaro que acompanhei o procedimento radiográfico, procedendo também a conferência do número do microchip do animal acima com leitor de microchip, onde o número que consta no pedigree corresponde ao animal avaliado.

Local/Data _____ de _____ de _____

Assinatura _____

Dados Clínica Veterinária/Médico Veterinário

Nome da Clínica _____

Nome Veterinário _____ Nº Credenciamento CBPA _____

Declaração do Médico Veterinário

Confirmando a utilização de anestesia ou sedação, com a qual o paciente estava perfeitamente relaxado durante o exame radiográfico e executei o procedimento segundo as normas deste documento.



ÂNGULO FLEXIONADO DE 45° OU MENOS, MOSTRANDO A TOTALIDADE DO ANCÔNEO.



QUADRIL
 QUADRIL SIMÉTRICO, ASAS ILÍACAS SIMÉTRICAS, CAVIDADES FECHADAS SIMÉTRICAS, FÊMORES PARALELOS ENTRE SI E PARALELOS À MESA DE EXAMES, AS RÓTULAS NO CENTRO DOS CÔNDILOS FEMORAIS.
 DEVE ENVOLVER DESDE AS 2 ÚLTIMAS VÉRTEBRAS LOMBARES, ATÉ AS ARTICULAÇÕES DOS JOELHOS.



Exigido apenas para imagens encaminhadas para o Dr. Márcio

Local/Data _____ de _____ de _____

Drª Margarita Duran: Quadril e cotovelos em 45º.
 Dr. Márcio : Quadril, cotovelos posicionados entre 45º/90º e estendidos.
 Dr. Verissimo: Quadril e cotovelos em 45º.

Carimbo e Assinatura _____

TIPO DE LAUDO

Escolher a opção desejada.

DADOS DO ANIMAL

Preencher todos os campos.

PROPRIETÁRIO**

Preencher com os dados ao ATUAL proprietário.

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO/RESPONSÁVEL

Quem levou o animal para o exame deve preencher e assinar.

DECLARAÇÃO DO VERIFICADOR

Deve ser preenchido e assinado por um Coordenador do Núcleo. Na falta deste, pode ser preenchido pelo médico veterinário que realizará o exame.

DADOS CLÍNICA/VETERINÁRIO

O médico veterinário que realizará o exame deve preencher com os dados da clínica e dele, assinar e carimbar.

Neste campo tem orientações quanto a posicionamentos e imagens que devem ser enviadas para o médico escolhido a emitir o laudo.

Versão 03/2026

**** ENVIAR ATESTADO DE TRANSFERÊNCIA CASO O EXEMPLAR NÃO TENHA SIDO TRANSFERIDO NO BANCO DE DADOS.**