



CLUBE BRASILEIRO DO PASTOR ALEMÃO – CBPA

Brasilianischer Schaeferhund Verein

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA COLETA AMOSTRA DNA

Dados do Animal

Nome		Microchip/Tatuagem	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nº Registro	Data Nasc.:	Variedade	Cor
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pelo Curto <input type="checkbox"/> Pelo Longo <input type="checkbox"/>	Capa Preta <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Cinza <input type="checkbox"/>
Proprietário			
<input type="text"/>			
Endereço		Cidade/Estado	CEP
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Celular	Telefone	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Núcleo/Sociedade			
<input type="text"/>			

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

Nome		
<input type="text"/>		
Endereço	Cidade/Estado	CEP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Celular	Telefone	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaração do Proprietário/Responsável

Eu, _____, encaminho o animal acima qualificado, de minha propriedade ou sob minha responsabilidade, para a coleta de amostra de sangue, com vistas ao arquivamento no banco de dados e análise do perfil do DNA no banco de dados da SV, na Alemanha, a ser realizado pelo veterinário devidamente credenciado, por não dispor de juiz proximo. Confirmando que o animal a ter a mostra de sangue coletada, corresponde ao documento que o acompanha (anexar pedigree original CAR).

Local/Data _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura _____

Declaração do Verificador

Nome	Núcleo/Sociedade
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaro que acompanhei o procedimento de coleta da amostra, procedendo também a conferência da documentação e sua correspondência ao animal avaliado.

Local/Data _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura _____

Dados Clínica Veterinária/Médico Veterinário

Nome da Clínica		
<input type="text"/>		
Nome Veterinário		
<input type="text"/>		
Endereço	Cidade/Estado	CEP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefone/Celular	CRMV	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaração do Médico Veterinário

Eu, _____, confirmo a realização da coleta e registro em formulário próprio da SV e no Go Card, o material para exame de DNA, conforme o Regulamento de Criação e Registro do CBPA, e seguindo as orientações de preenchimento do formulário de identificação e do GoCard, conforme modelo anexo.

Local/Data _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura _____

Darf nur für Deutsche Schäferhunde verwendet werden!

Befundbogen zur molekulargenetischen Abstammungsuntersuchung des Deutschen Schäferhundes

Implantation des Microchips und die Blutentnahme erfolgte durch:

<input type="checkbox"/> ID-Beauftragte(r)	NOME DO JUIZ
<input type="checkbox"/> Tierarzt	OU NOME DO VETERINÁRIO

Eigentümerin bzw. Rechnungsanschrift:

Name/Vorname **NOME PROPRIETÁRIO**
 Anschrift **ENDEREÇO DO PROPRIETÁRIO**

 Mitgliedsnummer _____

Ich nehme zustimmend zur Kenntnis, dass mit der Teilnahme am SV-DNA-Verfahren die entnommene Blutprobe in das Eigentum des SV übergeht, und die sofortige Auswertung der Probe kostenpflichtig ist.

Beim Nachchippen aufgrund Transponderausfalls muss die Kontrollprobe analysiert/ausgewertet werden. Die hierfür entstehenden Kosten (gemäß Gebührenverzeichnis) sind vom Eigentümer zu tragen.

Datum **DD/MM/AAAA** **ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO**
DATA DA COLETA Unterschrift Eigentümerin

ANÁLISE → Go-Card **ASSINALAR A OPÇÃO DESEJADA**
 Probe sofort analysieren - auswerten
ARQUIVO → Probe nicht analysieren - nur archivieren

Wichtig: Bitte Deckblatt und Go-Card sofort an das **Labor** senden!
 Danke

Name des Hundes mit Zwingename **NOME COMPLETO DO ANIMAL**
 ZB-Nummer (falls vorhanden) **NÚMERO DE REGISTRO**
 Tätowier-Nummer/Chip-Nummer **TATUAGEM OU MICROCHIP** Wurftag **DATA DE NASCIMENTO**

Elterntiere lt. Ahnentafel/WMS:
 Name des Vaterhüden **NOME COMPLETO DO PAI** ZB-Nr. **NÚMERO DE REGISTRO**
 Name der Mutterhündin **NOME COMPLETO DA MÃE** ZB-Nr. **NÚMERO DE REGISTRO**

Entnahmedatum: _____

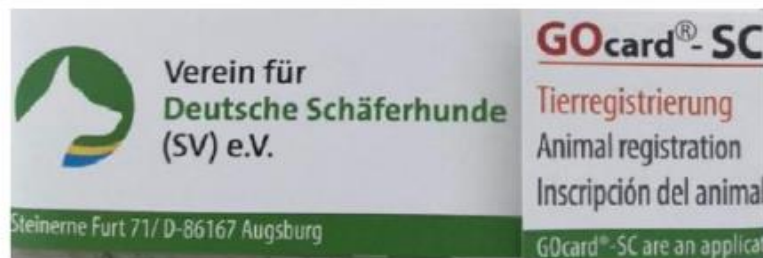
Hiermit wird bestätigt, dass die Tätowier-/Chip-Nummer und Zuchtbuchnummer vom/von der Unterzeichnenden selbst mit der Ahnentafel verglichen bzw. die mitgeteilte Tätowier-/Chip-Nummer der Richtigkeit entspricht und die Blutprobe eindeutig gekennzeichnet wurde:

ASSINATURA DO JUIZ OU VETERINÁRIO

Unterschrift ID-Beauftragte(r) / Tierarzt

Verein für Deutsche Schäferhunde (SV) e.V. • Hauptgeschäftsstelle • Steinerne Furt 71 • 86167 Augsburg
 Telefon 0821 74002-0 • Telefax 0821 74002-903 • E-Mail info@schaferhunde.de • www.schaferhunde.de

3/18



LOCAL DE COLETA DE SANGUE - PONTA DA ORELHA	NOME JUIZ OU MED. VETERINÁRIO	NOME COMPLETO DO ANIMAL	
	Einsender / name / nombre	Tiername / name of animal / nom de l'animal / nombre del animal	
	ASSINATURA JUIZ OU MED. VET.	DNA Analyse	Archiv
	Unterschrift / signature / firma	Formular mit Barcode ist beigelegt form with barcode attached	DATA Datum - date - fecha

MARCAR SE É DNA ANÁLISE OU ARQUIVO