

FORMULÁRIO 5

AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO ALTERNATIVO



Indicar a modalidade:

Salto Adestramento CCE Volteio Enduro Rédea Atrelagem

Nome do Evento: _____

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

Preenchido pelo Veterinário Responsável pelo Tratamento Alternativo

Nome do Cavallo: _____ Passaporte N° _____

Responsável: _____ Inscrição N° _____

Razões para o tratamento:

Modalidade da terapia utilizada

Laser Acupuntura Cobertor Magnético Massagem
 Osteopatia Quiropractia Outras (especificar) _____

O animal está:

Em competição Retirado/Eliminado Outras (especificar) _____

Irá utilizar alguma medicação? (desde que não proibidas)

Não Sim (especificar) _____

Nome do Veterinário Responsável: _____ Assinatura: _____

Veterinário da Equipe/Veterinário de Tratamento

Nome: _____ Assinatura: _____

Comissão Veterinária

Nome: _____ Assinatura: _____