

FORMULÁRIO A

AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA

Modalidade:

() Salto () Adestramento () Enduro () Outras _____

Nome do Evento: _____

Local: _____ Data: __/__/____

Preenchimento pelo Veterinário de Tratamento

Nome do cavalo: _____ Passaporte N^o: _____

Responsável: _____ Inscrição N^o _____

Sintomas ou condições que requerem as medicações solicitadas: _____

Nome comercial	Princípio Ativo	Dose	Via de administração	Data	Hora

Nome do Veterinário de Tratamento: _____ Assinatura: _____

Preenchimento pelo Veterinário do Concurso

Após o exame do cavalo supra citada, autorizo o tratamento e considero que o mesmo esta
() APTO () NÃO APTO (a competir ou continuar competindo neste evento).

O cavalo está em: () Competição () Desistência () Pós Competição

Nome do veterinário: _____ Assinatura: _____

Preenchimento pelo Presidente do Júri de Campo:

De acordo com o Regulamento Geral/Veterinário e sob recomendações do Veterinário do concurso, o cavalo que recebeu o tratamento de emergência conforme indicado acima

() PODE participar ou continuar participando () DEVE ser retirado/afastado

Nome do presidente do Júri de campo: _____

Assinatura: _____ Data e Hora: _____