



# CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HIPISMO



## FORMULÁRIO A

### AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA

Indicar a modalidade:

- Salto    Adestramento    CCE    Volteio  
 Enduro    Rédeas    Atrelagem    Paraequestre

Nome do Evento: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### Preenchido pelo Veterinário de Tratamento

Nome do Cavallo: \_\_\_\_\_ Passaporte N° \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Inscrição N° \_\_\_\_\_

Sintomas ou condições que requerem as medicações solicitadas: \_\_\_\_\_

Nome comercial	Princípio Ativo	Dose	Via de administração	Data	Hora

Nome do Veterinário de Tratamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

#### Preenchido pelo Veterinário do Concurso

Após exame do cavalo supra citado, autorizo o tratamento e considero que o mesmo está

- APTO    NÃO APTO(a competir ou a continuar competindo neste evento).

Nome do Veterinário: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

O cavalo está em:    Competição    Desistência    Pós competição

#### Preenchido pelo Presidente do Júri de Campo

De acordo com o Regulamento Geral /Veterinário e sob recomendação 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: \_\_\_\_\_