**RELATÓRIO DE COLETA, IMPLANTE E CONGELAMENTO DE**

|  |  |
| --- | --- |
| **EMBRIÕES NACIONAIS (TE)** | **Nº** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROPRIETÁRIO DOSEMBRIÕES** | | Nome: | | | | | | | | | | | | | CPF / CNPJ: | | | | | | | | |
| Estabelecimento: | | | | | | | | | | | Município: | | | | | | | | | | |
| E-mail: | | | | | | | | | | | | | | Telefone: | | | | | | | |
| Nº dos Comunicados de Transferência de Proprietário de Embriões ou Receptoras (caso de sociedade na Doadora): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VACA**  **DOADORA** | | Nome: | | | | | | | | Tatuagem: | | | | | | | | | | | Raça: | | |
| HBB: | | | | | | | | Data de IA ou cobertura | | | | | | | | | | | Quantidade de Doses: | | |
| Proprietário: | | | | | | | | | | | | Município e Estado: | | | | | | | | | |
| **TOURO**  **DOADOR** | | Nome: | | | | | | | | | | | | | | | | HBB ou IA: | | | | | |
| Proprietário ou Estabelecimento Vendedor (Sêmen): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OÓCITOS E EMBRIÕES** | | Data da Coleta dos Oócitos | | | N° de oócitos Coletados: | | | | | | | Data fertilização: | | | | | | | | | | N ° de embriões produzidos: | |
| Subdivididos: | | | | | Implantados: | | | | | | | | | | Data do Implante: | | | | | | |
| **RECEPTORAS** | | **Tatuagem**  **ou Brinco** | **Ano ou data**  **Nasc.** | **Raça\*** | | **Tatuagem**  **ou Brinco** | | **Ano ou Data de Nasc.** | | | **Raça\*** | | | | **Tatuagem**  **ou Brinco** | | | | | **Ano ou Data de Nasc** | | | **Raça\*** |
|  |  |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
|  |  |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
|  | ‘ |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
|  |  |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
|  |  |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
|  |  |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
|  |  |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
| **\*HE**-HEREFORD|**BR**-BRAFORD|**CB**-CORTE BRITÂNICAS|**CO**-CORTE CONTINENTAL|**ZE**-ZEBUÍNAS|LE-LEITEIRAS  **MX**– MISTAS|**ST**-OUTRAS RAÇAS SINTÉTICAS|**CO**-COMPOSTAS|**CR**-CRUZADAS SEM DEFINIÇÃO DE RAÇA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **LABORATÓRIO** | Nome do Laboratório: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Registro no MAPA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Med. Veterinário | Nome completo (Legível): | | | | | | | | | | | | | | | | | CRMV N.º: | | | | |
| Assinatura: | | | | | | | Local: | | | | | | | | | | Data: | | | | |
| OBS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |