**RELATÓRIO DE DESCONGELAMENTO E IMPLANTE DE**

|  |  |
| --- | --- |
| **EMBRIÕES (TE / FIV)** | **Nº** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROPRIETÁRIO DOS EMBRIÕES** | | Nome: | | | | | | | | | | | CPF / CNPJ: | | | | | | | |
| Estabelecimento: | | | | | | | | | Município: | | | | | | | | | |
| E-mail: | | | | | | | | | | | | Telefone: | | | | | | |
| **VACA**  **DOADORA** | | Nome: | | | | | | | Tatuagem: | | | | | | | | | Raça: | | |
| HBB: | | | | | | | Importado (Nº de Registro do País de Origem): | | | | | | | | | | | |
| **TOURO** | | Nome: | | | | | | | | | | | | | HBB ou IA: | | | | | |
| **EMBRIÕES** | | Nº de Embriões Implantados: | | | Data do Implante: | | | | | | | ( ) TE | | | | | | | ( ) FIV | |
| Nº dos Relatórios de Coleta de Origem (para embriões nacionais): | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MÉDICO VETERINÁRIO** | Declaro que executei os trabalhos acima citados e assumo como verdadeiras as informações aqui contidas | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome completo (Legível): | | | | | | | | | | | | | | CRMV N.º: | | | | |
| Assinatura: | | | | | | Local: | | | | | | | | Data: | | | | |
| **OBS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |