

**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									