**RELATÓRIO DE COLETA, TRANSFERÊNCIA**

**E**

**CONGELAMENTO DE EMBRIÕES NACIONAIS Nº**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÉGUA DOADORA** | Nome: | RP: | | Raça: |
| S.B.B.: | Data da Padreação: | | Data de IA: |
| Proprietário: | | Município e Estado: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GARANHÃO**  **DOADOR** | Nome: | S.B.B.: |
| Proprietário: | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EMBRIÕES** | Data da Coleta: | Coletados: | | Viáveis: | | Congelados: |
| Subdivididos: | | Implantados: | | Data do Implante: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **RECEPTORAS** | RP Nº : |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **OBSERVAÇÕES** |  |
|  |
|  |

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Médico Veterinário, portador de CRMV Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

declaro que executei os serviços acima citados, e assumo como verdadeiras as informações aqui contidas.

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

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_