**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_