**RELATÓRIO DE DESCONGELAMENTO**

**E**

 **IMPLANTE DE EMBRIÕES (TE / TEI ) N°:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÉGUA****DOADORA** | Nome:  | RP:  | Raça:  |
| S.B.B.:  | Importado (Nº de Registro do País de Origem):  |
| Proprietário (da Doadora ou dos Embriões Importados):  | Município e Estado:  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **EMBRIÕES** | Transferidos: |
| Data da Transferência:  |
| Nº do Relatório da Coleta de origem:( Quando Nacionais ) |

|  |  |
| --- | --- |
| **RECEPTORAS** | RP N.º :  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_