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