**COMUNICADO DE COBERTURAS E/OU INSEMINAÇÕES ARTIFICIAIS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RAÇA: | Categoria: | PO |  | PC |  | PS |  | CCG |  | LA |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TOUROS | | VACAS | | IA  MD  MC | DATA  1º IA  MD | DATA  2º IA  MD | MONTA A CAMPO  (Período do Serviço) |
| TAT | HBB | TAT | HBB |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CRIADOR: | MUNICÍPIO: | |
|  | |  |
| ESTABELECIMENTO: | | DATA : / / |
| (Cabanha, Estância, Fazenda, Sítio, Granja,...) | | |

ASSINATURA DO INFORMANTE:

**Legenda: IA (Inseminação Artificial), MD (Monta Dirigida), MC (Monta a Campo).**

**OBSERVAÇÃO:** Os serviços de inseminação, coberturas dirigidas, ou a campo, ocorridos de 21/03 a 20/09, deverão ser comunicados até 30/11 e os ocorridos de 21/09 e 20/03, até 31/05.