**RELATÓRIO DE COLETA, TRANSFERÊNCIA**

**E CONGELAMENTO DE EMBRIÕES NACIONAIS Nº**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VACA DOADORA** | | | |
| Nome: | Tatuagem: | HBB: | Raça: |
| Data de IA ou cobertura: | | Quantidade de doses: | |
| Proprietário: | | Município/UF: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOURO DOADOR** | |
| Nome: | HBB: |
| Proprietário: | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **EMBRIÕES** | | | | |
| Data da coleta: | Coletados: | Viáveis: | | Congelados: |
| Subdivididos: | Transferidos: | | Data da transferência: | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RECEPTORAS** | | | | | |
| Identificação | Ano de nascimento | Grau sanguíneo | Identificação | Ano de nascimento | Grau sanguíneo |
| 1º) |  |  | 7º) |  |  |
| 2º) |  |  | 8º) |  |  |
| 3º) |  |  | 9º) |  |  |
| 4º) |  |  | 10º) |  |  |
| 5º) |  |  | 11º) |  |  |
| 6º) |  |  | 12º) |  |  |

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