

Proprietário do animal: _____

Município: _____

Empresa responsável pela coleta: _____

Nº de registro no MAPA: _____

Estabelecimento: _____

Raça: _____

(Cabanha, Estância, Fazenda, Sítio, Granja,...)

Nº

COMUNICAÇÃO DE COBERTURA – FECUNDAÇÃO IN VITRO (FIV)										
AC	Touro(s) Doador(es)		Quant. de doses	Vaca(s) Doadora(s)		Quant. de embriões viáveis	Quant. de embriões implantados	Quant. de embriões descartados	Quant. de embriões congelados	Data coleta dos ovócitos
	Nome	HBB		Nome	HBB					
01										____/____/____
02										
03										
04										
05										Data da Fecundação
06										
07										
08										____/____/____

Preenchimento da coluna AC (acasalamento) obrigatório:

AC	Receptora(s) número(s)	Data do Implante	AC	Receptora(s) número(s)	Data do Implante	AC	Receptora(s) número(s)	Data do Implante	AC	Receptora(s) número(s)	Data do Implante	AC	Receptora(s) número(s)	Data do Implante

OBS: Este documento só terá validade com a assinatura do Médico Veterinário responsável pela execução dos trabalhos.

Assinatura: _____ CRMV Nº: _____ Data: ____/____/____

ANEXO 1

UTILIZE ESTE FORMULÁRIO PARA COMUNICAR OS DADOS DAS RECEPTORAS

FÊMEAS COM REGISTRO, SE USADAS COMO RECEPTORAS, DEVEM SER INFORMADOS OS SEUS HBB

TATUAGEM/IDENTIFICAÇÃO	ANO DE NASCIMENTO	GRAU DE SANGUE

Observação: Os dados deste formulário podem ser comunicados em qualquer período desde o implante do embrião até o seu nascimento.