Propritário do animal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empresa resposnável 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.dedoses | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data da Fecundação |
| 05 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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.