

Proprietário: _____

Município: _____

Estabelecimento: _____

Raça: _____

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

COMUNICAÇÃO DE COBERTURA – FECUNDAÇÃO IN VITRO (FIV)

Nº

AC	Touro(s) Doador(es)		Quantidade de Doses	Vaca(s) Doadora(s)		Quantidade de embriões viáveis	Quantidade de embriões implantados	Quantidade de embriões descartados	Quantidade de embriões congelados	Data Coleta dos Ovócitos
	Nome	HBB		Nome	HBB					
01										
02										__/__/__
03										
04										
05										Data da Fecundação
06										
07										
08										
09										__/__/__
10										

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: _____ Data ____/____/____

