**RELATÓRIO DE DESCONGELAMENTO E IMPLANTE DE EMBRIÕES (TE / TEI)**

 **N°:**

 **Proprietário dos embriões:**

 Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Município:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Estabelecimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **VACA DOADORA** |
| Nome:  | Tatuagem: | HBB:  |
| Raça: | Importado (Nº de Registro do País de Origem): |
| Proprietário (da Doadora ou dos Embriões Importados): | Município/UF: |

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

|  |
| --- |
| **EMBRIÕES** |
| Transferidos: | Data da transferência: | Nº do Relatório da Coleta de origem: (Quando Nacionais) |

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