**Proprietário do Animal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Empresa Responsável pela Coleta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº de Registro no MAPA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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 embriõescongelados | 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.