

**Comunicação de Coleta e/ou Transferência de Embriões - TE**

**N**  
**Data:**

<b>IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE</b>			
Nome:			
Município:			
<b>IDENTIFICAR COM (X) O TIPO DE TRANSFERÊNCIA REALIZADA</b>			
<input type="checkbox"/> Coleta com Implante Total		<input type="checkbox"/> Coleta com Congelamento Total	
<input type="checkbox"/> Coleta com Implante e Congelamento		<input type="checkbox"/> Descongelamento e Implante	
<b>IDENTIFICAÇÃO DA DOADORA E DO REPRODUTOR</b>			
Nome da Doadora:			
Nome do Reprodutor:			
<b>IDENTIFICAR COM (X) O TIPO DE COBERTURA E ORIGEM DOS EMBRIÕES</b>			
Tipo de Coberura		Origem do Embriões	
<input type="checkbox"/> Montagem Natural		<input type="checkbox"/> Produção Própria (nacional) <input type="checkbox"/> Embrião Importado	
<input type="checkbox"/> Inseminação Artificial		<input type="checkbox"/> Embrião Adquirido (nacional)	
<b>DE ACORDO COM O TIPO DE TRANSFERÊNCIA REALIZADA, INFORMAR OS SEGUINTE DADOS:</b>			
<b>COLETA COM IMPLANTE TOTAL</b>	<b>COLETA COM IMPLANTE E CONGELAMENTO</b>	<b>COLETA COM CONGELAMENTO TOTAL</b>	<b>DESCONGELAMENTO E IMPLANTE</b>
Data da Cobertura	Data da Cobertura	Data da Cobertura	Data da Coleta
Data do Implante	Data do Implante	Data do Congelamento	
Total de Embriões Coletados	Data do Congelamento	Total de Embriões Coletados	Nº Relatório de Origem
Total de Embriões Viáveis	Total de Embriões Coletados	Total de Embriões Viáveis	Data do Implante
Total de Embriões Subdivididos	Total de Embriões Viáveis	Total de Embriões Subdivididos	
Total de Embriões Disponíveis	Total de Embriões Subdivididos	Total de Embriões Disponíveis	
Total de Embriões Implantados	Total de Embriões Disponíveis	Total de Embriões Congelados	Total de Embriões Transplantados
	Total de Embriões Implantados		
	Total de Embriões Congelados		
<b>QUANTIFICAR E IDENTIFICAR AS RECEPTORAS</b>			
Total Receptoras	Identificação das Receptoras (Nome ou Nº do Brinco)		
<b>ORIENTAÇÕES</b>			
1 – Todos os animais envolvidos no processo de transferência de embriões, excetuando-se as receptoras, devem ter o tipo sanguíneo determinado previamente, antes de iniciar os trabalhos;			
2 – O uso simultâneo de mais de um reprodutor numa mesma doadora deve ser aprovado, previamente, pelo LABORATÓRIO e S.R.G. da ABCBRH;			
3 – A tipagem sanguínea poderá ser realizada, somente em laboratório credenciado pelo MAPA;			
4 – Este relatório deve ser enviado à ABCBRH até o 20º dia do mês seguinte ao da T.E.			
<b>COMPROMISSO DO MÉDICO VETERINÁRIO</b>			
Declaro que executei o trabalho de T.E. acima indicado e assumo como verdadeiras as informações acima discriminadas.			
Nome Completo	Nº CRMV		
Assinatura	Local e Data		