

REQUISIÇÃO PARA TESTE POR DNA (preencher com letra de forma e pressionado)

Proprietário	Remetente (fazenda, associação, feira agropecuária, etc)
Veterinário CRMV	Endereço
Telefone Pay	Cidade Estado CEP
E-mail	CNPJ/CPF Inscrição

Informações sobre as amostras enviadas

Animal 1 Fixe o código de barras Autoadesivo do cartão coletor		Animal 2 Fixe o código de barras Autoadesivo do cartão coletor		Animal 3 Fixe o código de barras Autoadesivo do cartão coletor	
Nome:..... N° Registro (rgn/rgd):..... <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Fêmea		Nome:..... N° Registro (rgn/rgd):..... <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Fêmea		Nome:..... N° Registro (rgn/rgd):..... <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Fêmea	
<input type="checkbox"/> Genotipagem <input type="checkbox"/> DNA 1 <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/> Marcador Molecular		<input type="checkbox"/> Genotipagem <input type="checkbox"/> DNA 1 <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/> Marcador Molecular		<input type="checkbox"/> Genotipagem <input type="checkbox"/> DNA 1 <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/> Marcador Molecular	
Data Nascimento:..... Raça:.....		Data Nascimento:..... Raça:.....		Data Nascimento:..... Raça:.....	
Nome Reprodutor:..... Registro(RGN/RGD):.....		Nome Reprodutor:..... Registro(RGN/RGD):.....		Nome Reprodutor:..... Registro(RGN/RGD):.....	
Nome Matriz:..... Registro(RGN/RGD):.....		Nome Matriz:..... Registro(RGN/RGD):.....		Nome Matriz:..... Registro(RGN/RGD):.....	
Doador de: <input type="checkbox"/> Sêmen <input type="checkbox"/> Ovócito <input type="checkbox"/> Embrião	Doador de: <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> IA Outros:.....	Doador de: <input type="checkbox"/> Sêmen <input type="checkbox"/> Ovócito <input type="checkbox"/> Embrião	Doador de: <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> IA Outros:.....	Doador de: <input type="checkbox"/> Sêmen <input type="checkbox"/> Ovócito <input type="checkbox"/> Embrião	Doador de: <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> IA Outros:.....
Tipo de Amostra:.....		Tipo de Amostra:.....		Tipo de Amostra:.....	
Animal 4 Fixe o código de barras Autoadesivo do cartão coletor		Animal 5 Fixe o código de barras Autoadesivo do cartão coletor		Animal 6 Fixe o código de barras Autoadesivo do cartão coletor	
Nome:..... N° Registro (rgn/rgd):..... <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Fêmea		Nome:..... N° Registro (rgn/rgd):..... <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Fêmea		Nome:..... N° Registro (rgn/rgd):..... <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Fêmea	
<input type="checkbox"/> Genotipagem <input type="checkbox"/> DNA 1 <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/> Marcador Molecular		<input type="checkbox"/> Genotipagem <input type="checkbox"/> DNA 1 <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/> Marcador Molecular		<input type="checkbox"/> Genotipagem <input type="checkbox"/> DNA 1 <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/> Marcador Molecular	
Data Nascimento:..... Raça:.....		Data Nascimento:..... Raça:.....		Data Nascimento:..... Raça:.....	
Nome Reprodutor:..... Registro(RGN/RGD):.....		Nome Reprodutor:..... Registro(RGN/RGD):.....		Nome Reprodutor:..... Registro(RGN/RGD):.....	
Nome Matriz:..... Registro(RGN/RGD):.....		Nome Matriz:..... Registro(RGN/RGD):.....		Nome Matriz:..... Registro(RGN/RGD):.....	
Doador de: <input type="checkbox"/> Sêmen <input type="checkbox"/> Ovócito <input type="checkbox"/> Embrião	Doador de: <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> IA Outros:.....	Doador de: <input type="checkbox"/> Sêmen <input type="checkbox"/> Ovócito <input type="checkbox"/> Embrião	Doador de: <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> IA Outros:.....	Doador de: <input type="checkbox"/> Sêmen <input type="checkbox"/> Ovócito <input type="checkbox"/> Embrião	Doador de: <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> IA Outros:.....
Tipo de Amostra:.....		Tipo de Amostra:.....		Tipo de Amostra:.....	

Declaro que as coletas das amostras acima submetidas são dos animais listados e que claramente designei cada amostra com o número de identificação permanente do respectivo animal.

Data:...../...../.....

Assinatura:.....

Notas:

RG ou Conselho Classe:.....