|  |
| --- |
| Logotipo, nome da empresa  Descrição gerada automaticamente SÊMEN PARA ESPERMOGRAMA |
| EMBRYOLAB - UFSM 55 3220 8501 55 999178867 Av. Roraima, 1000, Predio 97 – Hospital veterinário, Bloco 4, Ala Sul, Sala 428. 97.105-900,  **DADOS DO CLIENTE**   |  |  | | --- | --- | | **NOME DO CONTATO DO RESPONSÁVEL PELA ENTREGA** |  | | **NOME DA EMPRESA** |  | | **ENDEREÇO** |  | | **CIDADE, ESTADO E CEP** |  | | **TELEFONE** |  | | **E-MAIL** |  | | **CPF OU CNPJ** |  | |

**DADOS DO REPRODUTOR**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DO REPRODUTOR** |  |
| **HBA/TATUAGEM** |  |
| **NASC** |  |
| **RAÇA** |  |

**DESCRIÇÃO DO MATERIAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| QUANTIDADE | UNIDADE | DESCRIÇÃO/PARTIDA | ARMAZENAMENTO (IDENTIFICAÇÃO DA RAQUE OU CANECO) | OBSERVAÇÕES SOBRE A PARTIDA |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **DATA DE ENVIO:**  **INFORMAÇÕES ADICIONAIS E HISTÓRICO SOBRE O USO DO SEMEN (IA convencional, IATF, TE, FIV), Taxa de concepção, taxa de retorno**  DATA RECEBIMENTO (EMBRYOLAB):  **O tempo para realização do exame e envio dos laudos são 5 dias úteis. Em caso de urgência informe no quadro acima.** | | | | |
| Obrigado pela preferência! | | | | |