



## PEDIDO EXTRAORDINÁRIO DE DETERMINAÇÃO DE GENÓTIPO

Ao INIAV, I.P.

(Escolher opção 1 ou 2)

**1. SUBSTITUIÇÃO DE AMOSTRA BIOLÓGICA** (de equino com Controlo de Filiação por resolver)

Face ao resultado do Controlo de Filiação, Ref.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ / LGM/ \_\_\_\_/\_\_\_\_, emitido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, do equino abaixo identificado, o Criador/Proprietário solicita a substituição da amostra anterior, pela amostra biológica que junto se envia devidamente identificada.

**2. CONTROLO DE IDENTIDADE** O Criador/Proprietário solicita o Controlo de Identidade do equino abaixo identificado, do qual se junta amostra biológica devidamente identificada:

NSC	NOME	ANO	CRIADOR

Nº MICRO CHIP (mediante leitura)	PELAGEM	MARCAS DE FOGO			
		Ferro	Local (*)	Nº	Local (*)

(\*): T.E., T.D., E.D., E.E., C.D., C.E..

O Criador/Proprietário, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Assinatura e data obrigatório)

Medico Veterinário, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Assinatura, carimbo e data obrigatório)

**Dados para Faturação** (preenchimento obrigatório):

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

Morada: \_\_\_\_\_

Cód. Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

N.º Contribuinte: \_\_\_\_\_ Telf./Tlm.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

(A preencher pelo INIAV)

Nº Amostra Biológica:

Documento para efeito de:

**1. Substituição Amostra Biológica**

testar c/ presumível Pai do C.F. nº \_\_\_\_\_ Gen.nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

testar c/ presumível Mãe do C.F. nº \_\_\_\_\_ Gen.nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2. Controlo Identidade + Controlo Filiação de descendente**

c/ presumível Filho do C.F. nº \_\_\_\_\_ Gen.nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

O funcionário do INIAV,