



MINISTÉRIO DA AGRICULTURA PECUÁRIA E ABASTECIMENTO
Associação Brasileira de Criadores de Cavalos Quarto de Milha
Rua Dona Germaine Burchard, 355 - Água Branca, São Paulo - SP - CEP 05002-061 - Fone: (11) 3864-0800

PEDIDO DE REGISTRO Nº

| | | | | | |
|---|------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| (1) INTERESSADO NO PRODUTO | | (2) CPF/CNPJ | | (3) NASCIMENTO | |
| | | | | ____/____/____ | |
| (4) ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA | | | Número | Complemento | |
| | | | | | |
| (5) CEP | (6) CIDADE | (7) UF | (8) ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL) | | |
| | | | | | |
| (9) FONE RESIDENCIAL | | (10) FONE COMERCIAL | | (11) CELULAR | |
| () | | () | | () | |
| NOME DO PRODUTO - (NÃO EXCEDER 20 CARACTERES INCLUINDO ESPAÇOS) | | | | | |
| Caso o(s) nome(s) escolhido(s) esteja(m) em uso, pode a ABQM escolher outro? () SIM ou () NÃO | | | | | |
| (12) 1ª ESCOLHA | | (13) 2ª ESCOLHA | | (14) 3ª ESCOLHA | |
| | | | | | |
| (15) GRAU DE SANGUE | | (16) DATA DA COBERTURA | | (17) DATA DE NASCIMENTO DO PRODUTO | |
| | | | | | |
| (18) PAIS/ESTADO NASCIMENTO DO PRODUTO | | | (19) TIPO DE COBERTURA | | |
| | | | | | |
| (20) GARANHÃO | | | (21) ÉGUA | | |
| | | | | | |
| PROPRIETÁRIO À ÉPOCA DA COBERTURA | | | PROPRIETÁRIO À ÉPOCA DA COBERTURA | | |
| | | | | | |
| (22) OBSERVAÇÕES | | | | | |
| | | | | | |

| | | |
|---|--|------------------|
| (23) USO EXCLUSIVO DO INSPETOR | | |
| DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ | CARACTERÍSTICA INDESEJÁVEL SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> | |
| SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> CASTRADO <input type="checkbox"/> | QUAL? _____ | |
| PELAGEM: _____ | TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÃO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> | |
| PRODUTO AO PÉ: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> | RECEPTORA: <input type="checkbox"/> PURA <input type="checkbox"/> MISTIÇA <input type="checkbox"/> COMUM | |
| | NOME E/OU Nº DO REGISTRO: _____ | |
| NÚMERO DO CHIP: | | |
| Cole ou anote aqui o número do microchip deste animal, caso possua. | | |
| OBSERVAÇÕES | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| _____ | _____ | ____/____/____ |
| Nome do Inspetor Oficial da ABQM | Assinatura do Inspetor | Data de Inspeção |