|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BOLETIM SANITÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DE LOTE DE AVES** | | | | | | | | | | | | |
| Nome do estabelecimento avícola comercial (conforme cadastro SVO): | | | | | | | | | | | | |
| Georreferenciamento: | | | | | | | | Município/UF: | | | | |
| Cadastro no Serviço Veterinário Oficial (SVO): | | | | | Registro no SVO (quando aplicável): | | | | | | | |
| Identificação do Lote/núcleo: | | | | | | | N˚ de galpões do núcleo: | | | | | |
| Médico Veterinário Sanitarista/CRMV: | | | | | | | | | | | | |
| **CARACTERÍSTICAS DO LOTE** | | | | **INFORMAÇÕES DE RASTREABILIDADE DO LOTE (1)** | | | | | | | | |
| **Espécie animal:** ( ) Frangos ( ) Perus  ( )Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Categoria:** ( ) Corte ( ) Reprodução ( ) Postura  **Abate sanitário:** ( ) Sim ( ) Não | | | | **DATA DE ALOJAMENTO NO NÚCLEO POR GTA** | | | | **GTA(2) DOS PINTOS** | | | **NÚMERO DE PINTOS EFETIVAMENTE ALOJADOS (4)** | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
| **DATA DO CARREGAMENTO PARA ABATE** | **GTA(2) DE SAÍDA DO NÚCLEO** | | **Nº DE AVES PROGRAMADAS (4)** | | | | | **Nº DE AVES REMANESCENTES NO LOTE (NÚCLEO)** | | | **DESTINO DO CARREGAMENTO SIF/UF (3)** | |
|  |  | |  | | | | |  | | |  | |
|  |  | |  | | | | |  | | |  | |
|  |  | |  | | | | |  | | |  | |
| **DECLARAÇÕES RELATIVAS AO LOTE ACIMA DESCRITO (5):**  A mortalidade do lote coberto por esse Boletim Sanitário entre a data de alojamento e a emissão presente foi de % e  ( ) **Não excedeu** os limites de mortalidade fixados para a categoria de aves ao qual o lote pertence.  ( ) **Excedeu**, sendo atendida a suspeita e o lote liberado conforme documentação anexa.  **DECLARAÇÕES RELATIVAS AO NÚCLEO DE ORIGEM DAS AVES:**  ( ) Não houve ocorrência de nenhuma das doenças de notificação obrigatória para as aves, previstas pela Instrução Normativa nº 50/2013/MAPA no núcleo, no período de um ano antes da data de carregamento para o abate.  ( ) Houve ocorrência das seguintes doenças de notificação obrigatória previstas pela Instrução Normativa nº 50/2013/MAPA no núcleo de origem das aves no período de um ano antes da data de carregamento para o abate**(1):** | | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico confirmado de: | | | | | | Data de finalização do caso (ou abate das aves): \_\_/ \_/ \_\_. | | | | | | |
| **SINAIS CLÍNICOS/DIAGNÓSTICO**  (*quando detectados*) (6) **(1)** | | **TRATAMENTOS** *(quando prescritos)* (6) **(1)** | | | | | | | **ATENDEU O PERÍODO DE CARÊNCIA? (SIM/NÃO)**: | | | |
| **NOME COMERCIAL** | | | **PRINCÍPIO ATIVO** | | | **DATA DE FIM** |
|  | |  | | |  | | |  |  | | | |
|  | |  | | |  | | |  |  | | | |
|  | |  | | |  | | |  |  | | | |
|  | |  | | |  | | |  |  | | | |
| **Condição geral do lote que possa influenciar no abate(1)(7):** | | | | | | | | | | | | |
| **Vacinas aplicadas no lote(1):** | | | | | | | | | | | | |
| **Data de registro da última vista de Médico Veterinário Sanitarista ao estabelecimento avícola:** | | | | | | | | | | | | |
| **Jejum e dieta hídrica:** A programação de retirada de ração prevê o atendimento de horas de jejum e dieta hídrica cumpridas no estabelecimento avícola. | | | | | | | | | | | | |
| **Informações referentes aos resultados de monitoramento de patógenos(1)(8):** | | | | | | | | | | | | |
| **Declarações para atendimento aos requisitos complementares específicos para a exportação aplicáveis ao lote e ao estabelecimento avícola(1):** | | | | | | | | | | | | |
| O abaixo assinado declara que os animais acima identificados foram examinados antes do abate no estabelecimento avícola acima referido e foram considerados saudáveis para fins de trânsito para o abate(9); Os registros e a documentação relativos a estes animais estão em conformidade com os requisitos legais, não havendo causa para proibição de seu trânsito ou abate. | | | | | | | | | | | | |
| Local, data e hora  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Identificação e Assinatura do MVS | | | | | | | | | | | | |
| **USO DO SERVIÇO OFICIAL – S.I.M.**  **VERIFICAÇÕES OFICIAIS/AÇÕES FISCAIS** | | | | | | | | | | | | |
| Apresentação de sinais clínicos compatíveis com doença de notificação obrigatória no *ante mortem* | | | | | | | | | | Sim | | Não |
| Lote Verificado e Liberado pelo SIM para abate | | | | | | | | | | Sim | | Não |
| Outras Observações no verso\* | | | | | | | | | | | | |
| Local, data e hora  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Carimbo e Assinatura do Médico Veterinário S.I.M. -CIMERP | | | | | | | | | | | | |