# FORMULÁRIO DE COLHEITA E ENVIO DE MATERIAL AO LABORATÓRIO PARA VIGILÂNCIA ATIVA EM AVES *– PNSA*

**Identificação da amostra**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Termo de colheita nº       | Lacre(s) nº       | Data da colheita:       |
| 1 País de Origem       | 2 Responsável pela colheita: |
| CPF do Responsável pela colheita: |

#### Identificação do estabelecimento avícola

|  |
| --- |
| 3 Nome do Estabelecimento/Incubat. (razão social) ou Sítio de Aves Migratórias:       |
| Proprietário:       |
| 4 Nº registro no órgão oficial:       | Nº cadastro no serviço veterinário oficial:       |
| Endereço:       |
| Bairro:       | Município:       | U.F.    |
| CEP:       | Fone:       | Fax:       |
| 5 Empresa: Nome da empresa (razão social):       | CNPJ: |
| 6 Endereço: |
| Bairro:       | Município:       | U.F.   |
| CEP:       | Fone:       | Fax:       |

#### Identificação do lote de aves

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Núcleo:       | Lote:       | 7 Idade (dia ou sem):       | 8 Nº aves:       | 9 Nº Total granja:       |

#### 10 Tipo de Ave

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ☐ Galinhas | ☐ Perus | ☐ Avestruzes | ☐ Codorna |
| ☐ Marreco | ☐ Pato | ☐ Emas | ☐ Perdiz |
| ☐ Aves Silvest./Migrat. | ☐ Aves Ornamentais | ☐ Outras (especificar) |

#### 11 Tipo de exploração de aves ☐Granja ☐ Incubatório

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ☐ Matrizes | ☐ Avós | ☐ Bisavós | ☐ Linhas Puras | ☐ Frango de corte |
| ☐Postura comercial | ☐ Recria P. comercial | ☐ Subsistência | ☐ SPF | ☐ Prod. Ovos Control. |
| ☐ Outros (especificar) |  |

#### Utilização de Vacina contra Doença de Newcastle

|  |  |
| --- | --- |
| 12 ☐ Não ☐ Sim inat. ☐ Sim viva | 13 Data da última vacinação       |

#### Utilização de Vacina contra *Salmonella* Enteritidis

|  |  |
| --- | --- |
| 14 ☐ Não ☐ Sim inat. ☐ Sim viva | 15 Data da última vacinação       |

#### 16 Tipo de Vigilância

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ Certificação de estabelecimento de reprodução para Salmonelas e Micoplasmas | ☐ Monitoramento de estabelecimento comercial para Salmonelas |
| ☐ Mortalidade em aves de corte – colheita no SIF | ☐ Importação |
| ☐ Aves de descarte | ☐ Exportação\* |
| ☐ Sítios de aves migratórias | ☐ Compartimentação |

#### \*especificar os testes a serem realizados para cada agente a pesquisar, no campo observação

#### 17 Agentes a pesquisar

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ☐ Newcastle | ☐ Influenza Aviária | ☐ Laringotraqueíte | ☐ Salmonelas | ☐ Micoplasmas |

#### 18 Tipo de quantidade de Amostras Colhidas (escrever o número de amostras colhidas)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ Soros nº       | ☐ Suabes de Cloaca nº       | ☐ Suabes de traquéia nº       |
| ☐ Propé nº       | ☐ Suabes de Arrasto nº       | ☐ Fezes frescas nº       |
| ☐ Mecônio nº       | ☐ Suabes Fundo Caixas nº       | ☐ Papel de Caixa Transp. nº       |
| ☐ Aves mortas nº       | ☐ Pintos Mortos nº       | ☐ Ovos Férteis nº       |
| ☐ Ovos nº       | ☐ Ovos Bicados nº       |  |
| ☐ Outros (especificar) nº       |
| ☐ Órgãos (especificar) nº       |

#### 19 Meio para conservação e transporte de amostras

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Material Coletado | Meio utilizado | Validade |
|       |       |       |
|       |       |       |

#### Nome do laboratório para o qual o material será enviado

|  |
| --- |
| Laboratório:       |

#### 20 Observações

|  |
| --- |
|  |

####

|  |
| --- |
| **Declaração de não utilização de agentes inibidores de crescimento bacteriano e de micoplasmas, quando da colheita de materiais para certificação sanitária dos estabelecimentos avícolas de reprodução e para o monitoramento dos estabelecimentos avícolas comerciais.**Declaro que tenho pleno conhecimento da Norma Técnica para Monitoramento e Certificação Sanitária de Núcleos e Estabelecimentos Avícolas para salmoneloses (*Salmonella* Gallinarum, *Salmonella* Pullorum, *Salmonella* Enteritidis e *Salmonella* Typhimurium) e micoplasmoses aviárias (*Mycoplasma gallisepticum*, *Mycoplasma synoviae* e *Mycoplasma melleagridis*), e afirmo que os lotes descritos neste Termo de Colheita não receberam tratamento com agentes inibidores de crescimento bacteriano e de micoplasmas, no período de 3 semanas (ou mais, caso o período de carência desses agentes seja maior) anteriores a data da colheita oficial para certificação sanitária dos referidos lotes. Declaro ainda estar ciente de que exames complementares para a detecção de resíduos de agentes inibidores de crescimento bacteriano e de micoplasmas poderão ser realizados para confirmação desta declaração.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_21 Assinatura do Médico Veterinário Responsável Técnico |

Local e Data:

**Profissional responsável pela colheita do material:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Médico Veterinário Responsável** **Técnico**Nome:CRMV:Tel:Assinatura/Carimbo | **Médico Veterinário Oficial**Nome:CRMV:Tel:Assinatura/Carimbo |