



**FORM NOTIFICA**

**Formulário de notificação de suspeita ou ocorrência de doenças animais  
(Doenças das categorias 1, 2 ou 3 da Lista de notificação obrigatória e doenças exóticas ou emergentes\*)**

**1. Informações sobre o responsável pela notificação**

Médico veterinário?  Sim  Não  
 Área de atuação:  Laboratório de diagnóstico  Instituição de ensino ou pesquisa  Outras instituições governamentais  Iniciativa privada  Outra: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone fixo ( ) \_\_\_\_\_ Telefone celular ( ) \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_  Não quer se identificar

**2. Informações sobre a instituição ou empresa de atuação do notificante (quando for o caso)**

Nome \_\_\_\_\_ Nome do contato principal \_\_\_\_\_  
 Município \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Telefone ( ) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**3. Informações sobre o estabelecimento onde se encontram os animais envolvidos na notificação**

Nome do estabelecimento \_\_\_\_\_ Nome do responsável para contato \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 CEP \_\_\_\_\_ Telefone ( ) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

→  Animais se encontram na instituição ou empresa informada no item 2  Animais encontram-se distribuídos em mais de um estabelecimento, relacionados em lista anexa  Desmarcar

**4. Informações sobre a suspeita ou ocorrência**

Espécies susceptíveis	Informações sobre as espécies susceptíveis			Início dos sinais clínicos
	Total	Doentes	Mortos	

Diagnóstico:  Presuntivo  Confirmatório → Doença envolvida: \_\_\_\_\_

Foi realizado teste laboratorial?  Não  Sim → preencher os campos abaixo (anexar laudos laboratoriais)

Teste realizado	Material testado	Resultado	Data do resultado	Laboratório

Descrição dos sinais clínicos e lesões

Histórico e informações gerais

Data

Município

UF

Assinatura

**5. Campos reservados para uso do serviço veterinário oficial**

Data e hora de recebimento da notificação: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_  
Data (dd/mm/aaaa) Horas (HH:MM)

Carimbo e assinatura do responsável por receber a notificação → \_\_\_\_\_  
Município UF

Nº do FORM IN relacionado à notificação  
 \_\_\_\_\_