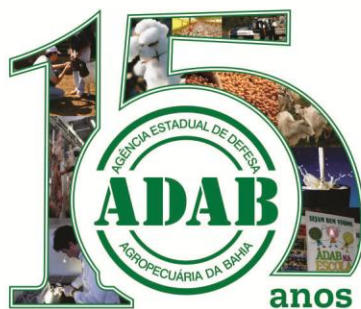
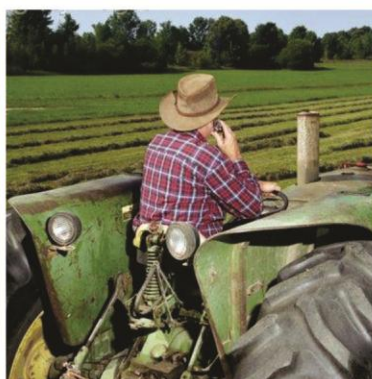




Juntos por uma **Agropecuária** mais forte

MANUAL DOS INDICADORES



E-mail: indicadores.adab@adab.ba.gov.br



**Governo do
Estado da Bahia**

Secretaria de Agricultura, Pecuária, Irrigação,
Reforma Agrária, Pesca e Aquicultura

Av. Adhemar de Barros, 967 - Ondina CEP: 40.170-110. Tel. (71) 3116-8453

Índice

Apresentação	01
Educação Sanitária	02
Lista de presença	04
Entrevista Rádio e TV	05
Entrevista Jornal	06
Contato Interpessoal	07
Contato Interpessoal Revendas	08
Lista de Presença - Adab na Escola	09
Capacitação	10
Lista de presença	12
Fiscalização de Trânsito	13
Termo de Sacrifício	15
Auto de Apreensão - POA	16
Termo de Inutilização	17
Termo de Apreensão - DSV	18
Termo de Destruição	19
Termo de Notificação	20
Auto de Infração - DSV	21
Auto de Infração - DSA	22
Vigilância Epidemiológica	23
Termo de Vigilância	28
Laudo de Inspeção	29
Ficha de Cadastramento de Abrigo de Morcegos Hematófagos	30
Form In	31
Form Com	34
Termo de Notificação	36
Termo de Notificação e Interdição	37
Inquérito Fitossanitário	38
Termo de Sacrifício	39
Auto de Infração - DSV	40
Auto de Infração - DSA	41
Ficha de Controle de Morcegos Hematófagos	42
Síntese de Atividades de Defesa Animal em Eventos Pecuários	43
Revenda	44
Termo de Fiscalização de Revendedoras de Produtos Veterinários	46
Carta Proposta de Credenciamento ou Renovação de Revendedores de Vacinas e Quimioterápicos de Uso Animal	47
Inspeção e Fiscalização de POA	48
Termo de Denúncia	50
Relatório de Ação Conjunta	51
Laboratório	52
Termo de Colheita de Amostra - DIPA	54
Termo de Coleta de Amostra - DSV	55

APRESENTAÇÃO

A ADAB, através da Assessoria de Planejamento Estratégico – APE tem realizado permanentes esforços para levantar as informações relativas às áreas de defesa animal, vegetal e inspeção com o objetivo de consolidar esses dados em uma base de dados de indicadores agropecuários de referência, aprimorando ainda mais a tomada de decisões estratégicas desta Agência

Por este motivo, no 1º semestre de 2014, foi definida uma estratégia para sistematização das informações. Primeiramente foi definida uma planilha com o Plano de Metas Anual, contendo informações macros e outra planilha para acompanhamento mensal dos principais indicadores técnicos com o objetivo de facilitar o monitoramento das atividades desenvolvidas nas diversas coordenadorias.

Após 6 meses de acompanhamento dos indicadores foi realizado um balanço para avaliação das metas anuais, verificação e validação das informações enviadas e atendimento as solicitações encaminhadas por diversas unidades.

Desse trabalho resultaram um novo Modelo de Planilha de Acompanhamento Mensal dos Indicadores, versão 1.1, com a adequação da planilha, com a inclusão e ou exclusão de algumas informações.

O presente Manual visa principalmente orientar o preenchimento da Planilha de Acompanhamento Mensal.

A planilha mensal é um instrumento importante para subsidiar a Administração com informações estratégicas. Além disso, é peça fundamental para auxiliar no processo de pactuação das metas futuras.

Esperamos que este manual sirva como ferramenta útil de consultas e orientações a todas as unidades da ADAB.

EDUCAÇÃO SANITÁRIA

INDICADOR	DESCRIÇÃO	PREENCHIMENTO	COMPROVANTE
Evento Realizado			
Palestra	É um procedimento de comunicação verbal, de curta duração, entre uma pessoa qualificada e um grupo, com o objetivo de apresentar de forma sucinta alguma novidade, conseguindo a participação da plateia.	Número de palestras	Lista de presença
Curso	Conjunto articulado de ações pedagógicas, planejadas e organizadas de modo sistemático, com carga horária mínima de 8 horas, com o foco de “treinar” ou “ensinar a fazer”. Aqui entra a capacitação para os professores da ADAB na escola.	Número de cursos	Lista de presença
Seminário	Debate sobre determinado tema, até então pouco estudado, exposto, por expert no assunto, com o objetivo de “semear ideias”.	Número de seminários	Lista de presença
Reunião	Técnica de dinâmica de grupo, através da qual os indivíduos de uma determinada comunidade identificam problemas e discutem a melhor forma para solucioná-los.	Número de reuniões	Lista de presença
Dia de campo	Baseia-se em mostrar processos ou procedimentos que requerem a aquisição de habilidades manuais. Permite dar uma ideia visual e prática de fazer algo de maneira ideal, permitindo a participação dos treinandos na discussão e na confirmação prática.	Número de eventos	Lista de presença
Entrevista realizada			
Rádio e Jornal	Entrevista realizada em emissora de Rádio ou em Jornal	Número de entrevistas	Entrevista Rádio/TV, Entrevista em Jornal
TV	Entrevista realizada em emissora de TV	Número de entrevistas	Entrevista Rádio/TV
Contato Interpessoal			
Produtor Atendido	Produtor que foi atendido por um técnico da ADAB, ao qual foi transmitido <u>algum esclarecimento técnico</u> sobre assuntos pertinentes a defesa agropecuária. Não deve ser contabilizado abertura de cadastro, retirada de guia ou declaração de vacina apenas	Número de produtores atendidos	Contato Interpessoal
Adab na Escola			
Escolas atendidas	Escolas de nível fundamental conveniadas, com professores capacitados	Número de escolas	Convênio / Lista de presença



COMPROVANTES



LISTA DE PRESENÇA

EVENTO: ☐ PALESTRA ☐ REUNIÃO ☐ CURSO ☐ ENCONTRO ☐ OUTRO		DATA://
TEMA:		
RESPONSÁVEL/ PALESTRANTE:		
ESCRITÓRIO LOCAL DE :	HORÁRIO: hs às hs	
PÚBLICO ALVO: ☐ PRODUTORES ☐ LIDERANÇAS ☐ ESCOLARES ☐ COMERCIANTES ☐ PROFESSORES ☐ AUTORIDADES ☐ CONSUMIDORES/DONAS DE CASA ☐ OUTROS -		
PARTICIPANTES	CARGO/FUNÇÃO – ÓRGÃO/ÁREA DE ORIGEM	ASSINATURA
1 –		
2 –		
3 –		
4 –		
5 –		
6 –		
7 –		
8 –		
9 –		
10 –		
11 –		
12 –		
13 –		
14 –		
15 –		
16 –		
17 –		
18 –		
19 –		
20 –		
21 –		
22 –		
23 –		



DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMA DE RÁDIO OU TV

() Rádio () TV

Declaro para os devidos fins que recebi _____

_____ ,

servidor(es) da ADAB, com a finalidade de realizar _____

_____ ,

sobre o Tema: _____ .

Emissora:

Programa:

Data da Entrevista:

Hora:

Assinatura do Responsável do Programa:

.....

Assinatura e Carimbo do Servidor Responsável

ADAB - ESCRITÓRIO LOCAL DE SALVADORAV. ADEMAR DE BARROS, 967 – ONDINA /SALA 01
TEL 0 () 71-324-1446 FAX 0 () 71-324-1447 / CEP 401.701-10



ENTREVISTA EM JORNAL

NOME DO JORNAL:.....	DATA:/...../.....
ESCRITÓRIO LOCAL:.....	
COORDENADORIA REGIONAL:.....	

RECORTE DO JORNAL

7



CONTATO INTERPESSOAL REVENDEDORES DE VACINAS, QUIMIOTERÁPICOS E AGROTÓXICOS

ESTABELECIMENTO COMERCIAL	MUNICÍPIO	NÚMERO DA CREDENCIAL	RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO	MEDIDAS ADOTADAS	ASSINATURA DO COMERCIANTE



ADAB NA ESCOLA

Lista de Presença

EVENTO: CAPACITAÇÃO DE PROFESSORES		DATA:/...../.....
ESCOLA		SÉRIE:
PALESTRANTE:		
MUNICÍPIO:	HORÁRIO: _____ hs às _____ hs	
PARTICIPANTES	CARGO/FUNÇÃO – ÓRGÃO/ÁREA DE ORIGEM	ASSINATURA
1 –		
2 –		
3 –		
4 –		
5 –		
6 –		
7 –		
8 –		
9 –		
10 –		
11 –		
12 –		
13 –		
14 –		
15 –		
16 –		
17 –		
18 –		
19 –		
20 –		
21 –		
22 –		
23 –		
24 –		
25 –		

CAPACITAÇÃO TÉCNICA

INDICADOR	DESCRIÇÃO	PREENCHIMENTO	COMPROVANTE
Técnico capacitado			
Médio	Técnico da ADAB, de nível médio capacitado em qualquer das áreas de defesa agropecuária	Número de técnicos	Certificado/Lista de presença
Superior	Técnico da ADAB, de nível superior capacitado em qualquer das áreas de defesa agropecuária	Número de técnicos	Certificado/Lista de presença



COMPROVANTES



LISTA DE PRESENÇA

EVENTO: ☐ PALESTRA ☐ REUNIÃO ☐ CURSO ☐ ENCONTRO ☐ OUTRO		DATA://
TEMA:		
RESPONSÁVEL/ PALESTRANTE:		
ESCRITÓRIO LOCAL DE :	HORÁRIO: hs às hs	
PÚBLICO ALVO: ☐ PRODUTORES ☐ LIDERANÇAS ☐ ESCOLARES ☐ COMERCIANTES ☐ PROFESSORES ☐ AUTORIDADES ☐ CONSUMIDORES/DONAS DE CASA ☐ OUTROS -		
PARTICIPANTES	CARGO/FUNÇÃO – ÓRGÃO/ÁREA DE ORIGEM	ASSINATURA
1 –		
2 –		
3 –		
4 –		
5 –		
6 –		
7 –		
8 –		
9 –		
10 –		
11 –		
12 –		
13 –		
14 –		
15 –		
16 –		
17 –		
18 –		
19 –		
20 –		
21 –		
22 –		
23 –		

FISCALIZAÇÃO DE TRANSITO

INDICADOR	DESCRIÇÃO	PREENCHIMENTO	COMPROVANTE
Barreira móvel			
Barreira sanitária móvel	Uma barreira móvel (blitz) é caracterizada pelo serviço executado por uma equipe da ADAB em determinado dia (equipe/dia), com objetivo de coibir o trânsito irregular na área animal, vegetal e de inspeção, independente do percurso realizado.	Número de barreiras móveis (blitz)	SIAPEC
Animal sacrificado/abatido	Animal sacrificado/destruído ou abatido em decorrência de trânsito irregular apreendido durante fiscalização móvel.	Número de animais sacrificados/abatidos	Termo de sacrifício /Auto de apreensão - POA
Produto de origem animal apreendido/destruído	Produto de origem animal apreendido em condições de risco para consumo humano e/ou fora dos padrões legais	Quantidade em Kg de POA	Auto de apreensão - POA/ Termo inutilização
Material propagativo vegetal apreendido/destruído	Material utilizado para propagação de vegetais, podendo ser mudas, borbolhas, porta enxerto, estacas e rizomas.	Número de material propagativo apreendido	Termo de apreensão - DSV/ destruição/notificação
Vegetal apreendido/destruído	Todo produto de origem vegetal, que possa veicular pragas regulamentadas, a exemplo de frutas, legumes e folhosas e que necessitem de documentos que comprovem a sua sanidade (PTV/PTIV/CFO/CFOC)	Quantidade em tonelada de produto vegetal destruído	Termo de apreensão DSV/ destruição/ notificação
Veículo fiscalizado	Todo veículo abordado (fiscalizado/inspecionado) durante a barreira móvel (blitz)	Número de veículos	SIAPEC
Auto de Infração	Auto de infração emitido durante a fiscalização em uma barreira móvel	Número de autos	Autos infração DSV/DSA
Barreira fixa			
Auditoria realizada	Verificação realizada nos postos fixos de acordo com o relatório de auditoria	Número de auditorias	Relatório de auditoria



COMPROVANTES



TERMO DE SACRIFÍCIO

Aos _____ dias do mês de _____ do ano de _____ proceder-se-á o sacrifício/destruição (), abate sanitário (), dos animais abaixo caracterizados, na propriedade (), frigorífico abatedouro (), aterro sanitário () cadastro na ADAB nº _____ no município de _____ Ba. em conformidade ao que dispõe a Lei _____, artigo _____, Decreto _____, artigo _____ Instrução Normativa _____ artigo _____ que respaldam esta ação, por serem animais reagentes positivos à _____.

De acordo com a legislação vigente de Defesa Sanitária Animal do país esta medida sanitária não permite nem autoriza qualquer indenização por se tratar de doença infectocontagiosa incurável ou não (), em processo de controle /erradicação no estado ().

A ADAB – Agência Estadual de Defesa Agropecuária da Bahia acompanhará todo processo e após o término dos serviços produzirá o relatório oficial.

Relação de animais

Espécie	Nº de animais	Sexo	Faixa etária

Os animais ora sacrificados eram portadores das seguintes identificações

Identificações	Localização das marcas

Local e data: _____, ____/____/____

Testemunhas (nome e CPF)	Médico veterinário responsável pelo sacrifício (nome e carimbo)

1º via: SVO/2º via: proprietário



Série A
Nº 00000

AUTO DE APREENSÃO - POA

Ao(s) _____ dia(s) do mês de _____ do ano de _____, eu, abaixo assinado, servidor da Agência Estadual de Defesa Agropecuária da Bahia – ADAB, em obediência à Lei Estadual nº 7.439 de 18/01/1999, e regimento aprovado pelo Decreto Estadual nº 9.023 de 15/03/2004, APREENDI em poder do(a) Sr.(a) _____

(nome/ função/ estabelecimento)

situado(a) à _____,
(endereço completo)

o(s) produto(s) abaixo relacionado(s) e sua(s) respectiva(s) quantidade(s), por estar (em) fora do que determina a legislação vigente:

O(s) produto(s) acima descrito(s) foi (foram) encaminhado(s) para _____

(Nome do servidor)

(Assinatura e carimbo do servidor)

(Nome do autuado/CPF)

(Assinatura do autuado)

(Nome da testemunha / CPF)

(Assinatura da testemunha)

(Nome da testemunha / CPF)

(Assinatura da testemunha)



Série A
Nº 00000

TERMO DE INUTILIZAÇÃO

Ao(s) _____ dia(s) do mês de _____ do ano de _____, no município de _____, Bahia, eu, abaixo assinado, servidor da Agência Estadual de Defesa Agropecuária da Bahia – ADAB, em obediência à Lei Estadual nº 7.439 de 18/01/1999, e regimento aprovado pelo Decreto Estadual nº 9.023 de 15/03/2004, determinei a INUTILIZAÇÃO do(s) produto(s) apreendido(s) e condenado(s) em ____/____/_____, conforme Auto(s) de Apreensão (ões)

emitido(s) no(a) _____.

Seguem relacionados abaixo os produtos e respectivas quantidades a serem inutilizados:

Estes produtos foram inutilizados no(a) _____
(estabelecimento / aterro sanitário / graxaria / próprio local)
_____, situado(a) à _____
(endereço completo)

Para constar, lavrei o presente Termo de Inutilização em três vias dando cópia ao responsável pelo local da inutilização, para os devidos fins.

(Nome do servidor)

(Assinatura e carimbo do servidor)

(Nome do responsável pela inutilização/CPF)

(Assinatura do responsável pela inutilização)

(Nome da testemunha / CPF)

(Assinatura da testemunha)

(Nome da testemunha / CPF)

(Assinatura da testemunha)

1ª via-ADAB/Sede 2ª via-Empresa inutilizadora 3ª via- ADAB/Coreg



Série D
Nº 000000

TERMO DE APREENSÃO - DSV

De acordo com _____
(Dispositivos Legais)
foi apreendido no _____ o material
(Local)
abaixo relacionado, procedente de _____,
(cidade/ Estado)
transportado pelo Sr. _____
(Nome do Motorista)
no _____ da marca _____ com placa policial _____
(Tipo de Veículo)
de _____ com destino a _____
(Cidade / Estado) (Cidade / Estado)

Nº DE VOLUMES	PESO OU Nº DE PLANTAS	ESPÉCIE

Observações:

_____, de _____ de _____

Assinatura e Carimbo do Responsável



Série D
Nº 000000

TERMO DE DESTRUIÇÃO

Aos(.....) dias do mês dede.....
(ano)

às(.....) horas
(local)

neste Estado da Bahia, presentes os
(Função e Nome do Representante da ADAB)

O e o Sr. (a)
(Função e nome do Representante da Sec. Fazenda) (Dono da Mercadoria ou seu Representante)

foi procedida de acordo coma destruição
(Enquadramento no RDSV)

porde uma partida de
(Desnaturação, Esterelização, Incineração) (Nome do Material)

comprocedente
(Nº e Tipo de Embalagem, Peso ou nº de Plantas)

de, apreendida segundo o Termo nºde.....
(Cidade – Estado)

Pelos presentes foi identificada a partida, e tendo pelos mesmos, assistida a destruição
do material , foi lavrado o presente termo, por mim
(Assinatura e Cargo)

.....
em 03 (três) vias e assinado pelos presentes acima indicados.

_____, _____ de _____ de _____

Representantes da ADA B

Representantes da Secretaria da Fazenda

Proprietário da Mercadoria

COORDENADORIA: _____
GERÊNCIA LOCAL: _____

Série D
N^o 000000

TERMO DE NOTIFICAÇÃO

Aos _____ dias do mês de _____ do ano de _____ eu, abaixo assinado, servidor da Agência Estadual de Defesa Agropecuária da Bahia – ADAB e em cumprimento a Lei Estadual Nº 10.434 de 22 dezembro de 2006, regulamentada pelo Decreto Nº 11.414 de 27 de janeiro de 2009, em referência ao auto de infração Nº _____, de _____ de _____ do ano de _____ notifiquei o estabelecimento

sediado (a) à Rua (Av.) _____ Nº _____
município de _____ Estado da Bahia.

Fica, portanto, V. S^a, notificado de que dispõe de 15 (quinze) dias para apresentar defesa. Estando sujeito as penalidades abaixo descritas.

[illegible]

_____, de _____ de _____

Notificado

Agente Fiscalizador



DSV - AUTO DE INFRAÇÃO/AI

Serie D Nº 0000001

Coordenadoria _____ Gerência Local _____

Lei Estadual Nº 10.434 de 22/12/2006, regulamentada pelo Decreto Nº 11.414 de 27/01/2009

Lei Estadual Nº 6.455 de 25/01/1993, regulamentada pelo Decreto Nº 6.033, de 06/12/1996

a) Documentos Referência

Processo: _____ T.I. _____ de ____/____/____
Certificado de Análise de Fiscalização nº _____ de ____/____/____

b) Identificação de Estabelecimento/Detentor do Produto

Nome: _____
Endereço: _____
Município: _____

c) Identificação do Infrator

Nome: _____
Endereço: _____
Município: _____ Estado _____
CGC: _____ Inscrição Estadual: _____

d) Irregularidades Constatadas /Descrição do fato

e) Legislação Infringida

f) Valor da Multa

R\$ _____ (_____)

g) Prazo de Defesa

h) Identificação do Agente Fiscalizador

Nome: _____ Matrícula: _____

i) Observações

j) Mencionar se houver recusa ou impossibilidade do autuado assinar este AI

Hora da lavratura/AI.....:horas Local _____, ____ de ____ de ____

Infrator
1ª Via (Proprietário); 2ª Via (Coordenadoria); 3ª Via (DDSV)

Agente Fiscalizador – Carimbo e assinatura



DSA - AUTO DE INFRAÇÃO



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Agricultura, Irrigação e Reforma Agrária

SÉRIE D

AUTO DE INFRAÇÃO (PREENCHER PREFERENCIALMENTE COM LETRA DE FORMA)

N.º 002401

1. NOME/RAZÃO SOCIAL:						QUANTIDADE DE ANIMAIS (por extenso) Especificação:																																																					
2. ENDEREÇO:																																																											
3. BAIRRO:																																																											
4. CNP/CPF:				5. INSCRIÇÃO ESTADUAL:																																																							
6. MUNICÍPIO:				7. UF:	8. TEL:																																																						
9. E-mail:				10. CEP:		MARCA <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																					
11. LOCAL, HORA E DATA DA INFRAÇÃO																																																											
LOCAL			HORA	DIA	MÊS	ANO																																																					
12. DESCRIÇÃO DO FATO																																																											
13. DISPOSITIVOS INFRINGIDOS																																																											
ARTIGO Nº	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA	DA LEI Nº	COMBINADO COM ARTIGO Nº	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA	DECRETO Nº																																																		
14				7597/2000					7854/2000																																																		
14				7597/2000					7854/2000																																																		
14				7597/2000					7854/2000																																																		
14. ESPECIFICAÇÃO DA(S) PENALIDADE(S): () MULTA – INCISO I () PROIBIÇÃO DE ATIVIDADE ESPECÍFICA – INCISO II () INTERDIÇÃO DO ESTABELECIMENTO – INCISO III.																																																											
15. VALOR DA MULTA EM UFIR (UNIDADE FISCAL DE REFERÊNCIA)																																																											
16. FICA O AUTUADO INTIMADO A PAGAR A MULTA PREVISTA DO ITEM 14, ATRAVÉS DE DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO ESTADUAL – DAE – O COMPROVANTE DE PAGAMENTO DO CORREIO, CÓDIGO DA RECEITA 2012, SENDO ASSEGURADO AO MESMO O DIREITO DE DEFESA NO PRAZO DE 15 (QUINZE) DIAS.																																																											
17. PESSOA RESPONSÁVEL NA AUSÊNCIA DO AUTUADO																																																											
NOME COMPLETO: _____																																																											
ENDEREÇO: _____																																																											
MUNICÍPIO: _____ CEP: _____ UF: _____																																																											
CPF: _____ CI: _____																																																											
TELEFONE (____) _____ CEL. (____) _____																																																											
E-mail: _____																																																											
ASSINATURA: _____																																																											
18. CARIMBO E ASSINATURA DO AGENTE FISCALIZADOR						19. ASSINATURA DAS TESTEMUNHAS (se houver)																																																					
20. ASSINATURA DO AUTUADO LOCAL: _____ DATA: ____/____/____						(1) C.P.F. TELEFONE (____) _____																																																					
						(2) C.P.F. TELEFONE (____) _____																																																					
						21. IMPRESSÃO DIGITAL																																																					

1.ª VIA BRANCA – ADAB (PROCESSO) / 2.ª VIA AMARELA – AUTUADO / 3.ª VIA VERDE – ESCRITÓRIO EMITENTE.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

INDICADOR	DESCRIÇÃO	PREENCHIMENTO	COMPROVANTE
Cadastramento			
Propriedade pecuária georeferenciada	Propriedades de exploração pecuária que são identificadas oficialmente com GPS. Aqui entra as propriedades que mudaram de status no SIAPEC	Número de propriedades	Termo de vigilância
Ponto de risco	Local para a defesa sanitária animal onde possa haver a probabilidade de introdução, manutenção ou difusão de um agente infeccioso ou não, cuja doença seja passível de controle ou erradicação a exemplo de lixões, parques agropecuários, abatedouros clandestinos, salgadeiras, estradas vicinais/boiadeiras, etc....	Número de pontos de risco	Termo de vigilância
Propriedade pecuária de risco	Propriedades de exploração pecuária onde possa haver a probabilidade de introdução, manutenção ou difusão de um agente infeccioso ou não, cuja doença seja passível de controle ou erradicação a exemplo de propriedades que estão adjacentes aos pontos de risco, de grande movimentação de animais, etc.	Número de propriedades de risco	Termo de vigilância
UP / UC georeferenciada	Unidades de produção ou consolidação que são identificadas oficialmente com GPS	Número de UP/UC	Laudo de inspeção
UP / UC de risco	Local onde possa haver a probabilidade de manutenção ou difusão de uma praga, que seja passível de controle ou erradicação, a exemplo de pomar, horto, unidade de beneficiamento, etc.	Número de UP / UC de risco	Laudo de inspeção
Abrigos de quirópteros	Todo local onde abrigue morcegos hematófagos	Número de abrigos	Ficha de cadastramento de abrigo

INDICADOR	DESCRIÇÃO	PREENCHIMENTO	COMPROVANTE
Fiscalização			
Propriedade pecuária fiscalizada	Fiscalização a propriedade que desenvolva atividade pecuária	Número de propriedades	Termo de vigilância
UP/UC fiscalizada	Fiscalização em UP e UC que desenvolva atividade de produção vegetal/material propagativo/consolidação de carga vegetal	Número de UP/UC	Laudo de inspeção/livro
Fiscalização à propriedade	Fiscalização (visita/inspeção) à propriedade com objetivo epidemiológica/sanitário, seja ela de criação de animais ou vegetais (UP)	Número de visitas	Termo de vigilância/Form IN e COM/Termo de notificação/Laudo de inspeção/inquérito fitossanitário e demais formulários
Fiscalização a unidades de consolidação	Fiscalização a propriedade onde há consolidação de carga vegetal (UC)	Número de visitas	Laudo de inspeção/livro de registro
Fiscalização a ponto de risco	Fiscalização nos locais onde possa haver a probabilidade de manutenção ou difusão de um agente infeccioso ou não, cuja doença seja passível de controle ou erradicação a exemplo de lixões, parques agropecuários, abatedouros clandestinos, salgadeiras, etc...	Número de visitas	Termo de vigilância
Fiscalização à propriedade de risco	Fiscalização a propriedade cuja exploração caracteriza a probabilidade de recepção, manutenção e propagação de um agente infeccioso tanto para área animal e vegetal (UP/UC)	Número de visitas	Termo de vigilância/Form IN e COM/Termo de notificação e demais formulários
Atendimento à notificação	Atendimento a uma propriedade em decorrência de uma notificação (fundamentada ou não) de doença infecto contagiosa ou não, ou praga quarentenária ou regulamentada	Número de visitas	Form IN / Inquérito Fitossanitário (IF)

INDICADOR	DESCRIÇÃO	PREENCHIMENTO	COMPROVANTE
Perifocal atendidos	Serviços realizados nas proximidades consequentes a propriedade focal, com objetivo de manter o agente infeccioso restrito ao foco até seu saneamento.	Número de visitas	Form COM
Focos saneados	Comprovação de extinção de atividade sintomatológica e infecciosa em uma propriedade.	Número de focos	Form COM
Focos saneados em UP	Comprovação de extinção de atividade sintomatológica e infecciosa em uma UP	Número de focos	Laudo de inspeção e relatório
Animal Sacrificado	Animal morto com o objetivo de impedir a difusão de agente infeccioso ou não, sendo seus despojos incinerados ou enterrados obedecendo a legislação específica de cada enfermidade	Número de animais	Termo de sacrifício e demais componentes do processo
Monitoramento de pragas	Levantamentos fitossanitários para fins de detecção (presença ou ausência), identificação de níveis de severidade/populacional de praga quarentenária	Número de levantamentos	Laudo de inspeção/inquérito fitossanitário
Captura de quirópteros	Toda ação realizada com intuito de capturar morcegos hematófagos em seus abrigos naturais ou não	Número de ações	Form IN / Ficha de controle de morcegos
Auto Emitido	Autos emitidos, a exemplo de multa, notificação, interdição e suspensão durante a fiscalização.	Número de autos	Autos de infração DSV/DSA

INDICADOR	DESCRIÇÃO	PREENCHIMENTO	COMPROVANTE
Sistema PTV/CFO			
RT's Fiscalizados	Responsável Técnico (engenheiro agrônomo) por uma determinada UP ou UC	Número de técnicos	Livro de registro
Auto Emitido	Autos emitidos, a exemplo de multa, notificação e suspensão da atividade do RT.	Número de autos	Via do termo
Eventos Agropecuários			
Evento Agropecuário	Uma aglomeração de animais com diversas finalidades, inclusive comercial, a exemplo de exposição, leilão, cavalgada, vaquejada, etc.	Número de eventos	Síntese das Atividades
Animal Fiscalizado	Todo animal fiscalizado (inspecionado) na sua chegada e saída (quando necessário)	Número de animais	Síntese das Atividades
Médico veterinário	Todo profissional médico veterinário da ADAB que participou do evento	Número de médicos	Síntese das Atividades
Auxiliar	Todo técnico auxiliar da ADAB que participou do evento	Número de auxiliares	Síntese das Atividades
Feira Municipal	Aglomeração de animais com finalidade exclusiva de comercio	Número de feiras	Síntese das Atividades
Animal Fiscalizado	Todo animal fiscalizado (inspecionado) na sua chegada e saída	Número de animais	Síntese das Atividades
Médico veterinário	Todo profissional médico veterinário da ADAB que participou do evento	Número de médicos	Síntese das Atividades
Auxiliar	Todo técnico auxiliar da ADAB que participou do evento	Número de auxiliares	Síntese das Atividades



COMPROVANTES



TERMO DE VIGILÂNCIA

Coordenadoria: _____ Gerência: _____ Município: _____
Veículo (placa): _____ km Inicial: _____ km Final: _____ Data: ____/____/____

I – IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Responsável:		
Acompanhante:		
Acompanhante:		

II – LOCAL DA VIGILÂNCIA

☐ 1. Propriedade rural	☐ 2. Assentamento	☐ 3. Terra Indígena	☐ 4. Fundo de Pasto	☐ 5. Rodovia/Estrada vicinal	☐ 6. Posto Fiscalização
☐ 7. Estabel.de aglomeração	☐ 8. Revenda	☐ 9. Agroindústria	☐ 10. Salgadeira	☐ 11. Matadouro Clandestino	☐ 12. Lixão/Aterro
☐ 13. Laboratório/Sala Exame	☐ 14. Estabelecimento de Comércio Aves vivas	☐ 15. Outro:	☐ 16. Abrigo de Morcegos		

PROPRIETÁRIO:	CPF/CNPJ:	SVO:
CRIADOR:	CPF/CNPJ:	SVO:

ESTABELECIMENTO:	Lat. S:	Long. W:
Confrontantes:	Norte: _____ Sul: _____	
	Leste: _____ Oeste: _____	
Vias de Acesso:		

III – STATUS

☐ 1. Normal	☐ 2. Risco	☐ 3. Inadimplente	☐ 4. Interditada	☐ 5. Certificada	☐ 6. Credenciada
------------------------------------	-----------------------------------	--	---	---	---

IV – ATIVIDADES

☐ 1. Cadastramento/Recadastramento	☐ 2. Vigilância Ativa	☐ 3. Fiscalização	☐ 4. Supervisão/Auditoria
---	--	--	--

V – AÇÕES

☐ 1. Abertura/Validação de Cadastro	☐ 8. Análise de Risco / Investigação	☐ 15. Interdição / Desinterdição	☐ 22. Recebimento Vacinas _____
☐ 2. Atualização Cadastral	☐ 9. Exame Clínico	☐ 16. Sacrificio ou Abate Sanitário	☐ 23. Controle Estoque e Armazenamento
☐ 3. Georreferenciamento	☐ 10. Colheita de Amostras	☐ 17. Destruição	☐ 24. Controle Temperatura _____
☐ 4. Contagem de Rebanho	☐ 11. Inspeção Produtos	☐ 18. Vacinação Oficial	☐ 25. Apreensão _____
☐ 5. Embarque Acompanhado	☐ 12. Desinfecção	☐ 19. Vacinação Assistida	☐ 26. Supervisão / Auditoria
☐ 6. Lacre de veículos (Quant. _____)	☐ 13. Controle de Vetores	☐ 20. Vacinação Fiscalizada	☐ 27. Visita Técnica
☐ 7. Fiscalização do trânsito	☐ 14. Notificação (Quant. _____)	☐ 21. Autuação (Quant. _____)	☐ 28. Outra: _____

V - POPULAÇÃO ANIMAL

	□ Bovino				□ Bupalino				□ Caprino				□ Ovino			
	0 a 12 m		13 a 24 m		25 a 36m		+ de 36 m		0 a 6m		+ de 6m		0 a 6m		+ de 6m	
	Macho	Fêmea	Macho	Fêmea	Macho	Fêmea	Macho	Fêmea	Macho	Fêmea	Macho	Fêmea	Macho	Fêmea	Macho	Fêmea
Mortos																
Existentes																
Vacinados																

	□ Equino				□ Asinino				□ Muar				□ Suíno		□ Aves	
	0 a 6m		+ de 6m		0 a 6m		+ de 6m		0 a 6m		+ de 6m		Macho	Fêmea	□ Abelhas (Colméia)	
	Macho	Fêmea	Macho	Fêmea	Macho	Fêmea	Macho	Fêmea	Macho	Fêmea	Macho	Fêmea			□ Peixes	
Mortos															□ Crustáceos	
Existentes																

VI - Dados da Vacina

	Revenda	Nota Fiscal	Laboratório	Partida	Validade	Data da Vacinação
Febre Aftosa						
Raiva dos Herbívoros						
Brucelose						

VII – OBS / RECOMENDAÇÕES

VIII – PESSOA CONTADA: _____ () Proprietário () Responsável () Outro
Assinatura _____

Obs extras no verso



Série D
Nº 000000

LAUDO DE INSPEÇÃO

PROPRIETÁRIO _____

VEGETAL / PRODUTO _____

QUANTIDADE (Um, Área, Peso, ou Volume) _____

LOCALIZADO _____

PROCEDÊNCIA _____

DESTINO _____

CONDIÇÕES FITOSSANITÁRIAS

VEGETAL / PRODUTO

PRAGAS E / OU DOENÇAS

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

PRESCRIÇÃO E CONTROLE

De acordo com o artigo 7º, inciso XI da Lei N.º 10.434 de 22.12.2006 e art. 5º, inciso XI do Regulamento aprovado pelo Decreto Nº 11.414 de 27.01.2009.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura Interessando

Técnico Responsável – Carimbo e assinatura

1ª Via Branca – Proprietário; 2º Via Rosa – Coordenadoria; 3º Via Amarela - Fiscal

FICHA DE CADASTRAMENTO DE ABRIGO DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS

1. Número de Abrigo *: _____ Coordenadas: _____

2. Unidade Local onde está localizado o abrigo _____

3. Município: _____

4. Propriedade: _____

5. Proprietário: _____

6. Pessoa que conhece o abrigo _____

7. Tipo de abrigo:

7.1 – Furna ()

7.5 – Bueiro ()

7.2 – Porão ()

7.6 – Caverna ()

7.3 – Túnel ()

7.4 – Oco de Árvore ()

8. Visitas de abrigo:

Presença de Morcegos hematófagos				Houve controle	
Data	Sim	Não	Suspeita	Sim	Não

9. Observações

Local e data: _____, _____ / _____ / _____

Assinatura: _____

* O número do abrigo deve ser sequencial e crescente para cada município

Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – MAPA Secretaria de Defesa Agropecuária – SDA Departamento de Saúde Animal – DSA		AGÊNCIA DE DEFESA AGROPECUÁRIA DO ESTADO DA BAHIA - ADAB DIRETORIA DE DEFESA SANITÁRIA ANIMAL - DDSA	
FORM IN	Formulário de Investigação de Doenças – INICIAL	1. UF:	2. Nº:
		3. Documento retificador? ☐ Não ☐ Sim → (preencher item 16)	
4. Informações sobre a notificação ou motivo da investigação			
4.1. Fonte da notificação: ☐ Propriedade ☐ Vigilância pelo SVO ☐ Terceiros		4.2. Motivo inicial para investigação da ocorrência: ☐ Sinais clínicos ☐ Mortalidade ☐ Lesões/achados em matadouro ☐ Resultado de teste de diagnóstico ☐ Vínculo epidemiológico → FORM IN vinculado:	
		4.3. Data e hora de recebimento da notificação ou do motivo da investigação: dd/mm/aaaa hh:mm	
4.4. Descrição da notificação ou motivo da investigação: 			
5. Informações sobre o estabelecimento			
Nome:		Município de localização:	Unidade Regional:
Proprietário:		Telefone:	Código do proprietário: Código do estabelecimento:
Endereço:		Total de produtores:	
Tipo: ☐ Propriedade rural ☐ Assentamento ☐ Hospital/clínica veterinária ☐ Unidade de pesquisa ☐ Unidade militar ☐ Sítio de aves migratórias ☐ Aldeia indígena ☐ Comunitário ☐ Local para aglomeração ☐ Solto ou de periferia ☐ Confinamento			
Sistema de criação: ☐ Intensivo ☐ Semi-intensivo predominante: ☐ Extensivo ☐ Não se aplica			
Datum utilizado: ☐ SAD 69 ☐ SIRGAS 2000 ☐ WGS 84			
Coordenadas geográficas → Latitude: ° ' " Longitude: ° ' " Formato Sexagesimal (Graus, Minutos e Segundos)		Formato Grau decimal: Hemisfério: ☐ Norte ☐ Sul	
		Quadrante estadual: H V	
6. Informações sobre o contato principal no estabelecimento			
Nome:		Tel. Fixo:	Celular:
Condição ou função no estabelecimento: ☐ Proprietário ☐ Produtor ☐ Parente ☐ Médico veterinário ☐ Funcionário (administrador, capataz, caseiro etc)			
7. Resultado da Investigação			
7.1. Data e hora de abertura do FORM-IN: (primeira visita do SVO) dd/mm/aaaa hh:mm		7.2. Provável início do evento: dd/mm/aaaa	
		7.3. Investigação encerrada? ☐ Sim ☐ Não	
7.4. O motivo inicial para investigação da ocorrência (itens 4.2 e 4.4) se enquadrava em suspeita de doença alvo da vigilância sindrômica? ☐ Sim ☐ Não			
7.5. Após a investigação, a ocorrência se enquadra em qual das duas opções abaixo: 7.5.1. Caso provável ou confirmado de doença-alvo da síndrome: ☐ Vesicular ☐ Hemorrágica dos suínos ☐ Nervosa ☐ Respiratória ou nervosa das aves OU 7.5.2. Caso provável ou confirmado de outra doença (incluindo caso descartado de doença-alvo) com o seguinte diagnóstico: Provável: OU Conclusivo:			
7.6. Descrição dos principais achados e ocorrências			
7.6.1. Anamnese e descrição dos sinais clínicos, das lesões e dos achados de necropsia (órgãos, lesões e alterações) 			
7.6.2. Observações gerais 			

Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – MAPA
Secretaria de Defesa Agropecuária – SDA
Departamento de Saúde Animal – DSA

8. Informações sobre a população de animais terrestres e características das explorações pecuárias existentes

Animal	Faixas etárias ou espécies de aves	Animais existentes			No início da ocorrência	Casos		Mortos	Abatidos sob inspeção	Destruídos	Examinados	Assinalar espécies principais	Informar destino principal das explorações pecuárias existentes (de acordo com opções abaixo)**
		Machos	Fêmeas	Total		Confirmados	Prováveis						
Bovinos	Até 12 m											☐	
	13 a 24 m												
	25 a 36 m												
	> 36 m												
	Total												
Bubalinos	Até 12 m											☐	
	13 a 24 m												
	25 a 36 m												
	> 36 m												
	Total												
Caprinos	Até 12 m											☐	
	> 12 m												
	Total												
Ovinos	Até 12 m											☐	
	> 12 m												
	Total												
Suínos	Até 6 m											☐	
	> 6 m												
	Total												
Equinos	Até 6 m											☐	
	> 6 m												
	Total												
Asininos	Até 6 m											☐	
	> 6 m												
	Total												
Múares	Até 6 m											☐	
	> 6 m												
	Total												
	Galinhas												
	Peru												
Aves	Anseriformes											☐	
	Ratitas												
	Outras aves*												
	Total												
Abelhas	Colmeias											☐	
Lagomorfos (coelhos)												☐	
Outra												☐	

* Outras espécies de aves ☐ Codornas ☐ Perdiz ☐ Galinha D'Angola ☐ Psitacíformes ☐ Aves silvestres ☐ Passeriformes ☐ Faisão

** - Tipos de destino: 1. Comércio de animais; 2. Comércio de produtos; 3. Consumo próprio; 4. Produção de biológicos; 5. Companhia; 6. Esporte/Lazer; 7. Trabalho

9. Indicar as características predominantes da exploração pecuária (tipo, finalidade e fase da produção)

Bov/bub ☐ corte ☐ Leite ☐ Mista → ☐ Ciclo completo ☐ Cria/recría ☐ Engorda ☐ Terminação ☐ Subsistência

Caprinos ☐ corte ☐ Leite ☐ Mista → ☐ Ciclo completo ☐ Cria/recría ☐ Engorda ☐ Terminação ☐ Subsistência

Ovinos ☐ corte ☐ Leite ☐ Mista ☐ Lã → ☐ Ciclo completo ☐ Cria/recría ☐ Engorda ☐ Terminação ☐ Produção de lã ☐ Subsistência

Suínos ☐ Criatório (subsistência) ☐ Granjas → ☐ Ciclo completo ☐ UPL ☐ Creche ☐ Recría ☐ Terminação ☐ GRSC

Equídeos ☐ Haras ☐ Unidade Militar ☐ Sociedade hípica ☐ Jôquei clube ☐ Propriedade de espera de abate ☐ Propriedade fornecedora de equídeos

Aves ☐ Subsistência ☐ Ciclo completo ☐ Ciclo parcial ☐ Cria/recría ☐ Engorda ☐ Reprodução ☐ Bisavoseiro ☐ Avoseiro ☐ Matriseiro ☐ Incubatório ☐ Comercial postura ☐ Comercial corte ☐ Recría de postura ☐ Recría de reprodução ☐ Produção de ovos controlados ☐ SPF ☐ linha pura

Abelhas ☐ Rainha ☐ Mel ☐ Extrato de própolis ☐ Própolis ☐ Geleia real ☐ Pólen ☐ Apitoxina ☐ Cera ☐ Polinização

Coelhos ☐ Produção de carne ☐ Comércio de pele ou pelo ☐ Genética ☐ Animal de laboratório

10. Medidas adotadas no estabelecimento, pelo serviço veterinário oficial (☐ não se aplica)

☐ Interdição ☐ Isolamento de animais ☐ Limpeza e desinfecção ☐ Combate a vetores ☐ Vacinação ☐ Vazio sanitário ☐ Introdução de sentinelas ☐ Sequestro de produtos ☐ Destruição de produtos

11. Provável origem: ☐ Não se aplica

* Avaliar os seguintes elementos: contato direto com animais doentes; vínculo epidemiológico com foco; restos de alimento; ração; águas ou pastagens comuns; cama de frango; peixes; (incluir médicos veterinários, trabalhadores rurais, vizinhos, parentes, entre outros); propriedade vizinha; veículo contaminado; eventos pecuários; ingresso de animais (verificar origem e tempo); contato com animais silvestres (informar nome vulgar ou científico); contato com agentes químicos ou físicos; produtos ou subprodutos de origem animal; material de multiplicação animal; fômites (objetos, utensílios e equipamentos); via aerógena; vetores; plantas tóxicas; medicamentos; vacinas; lixo/dejetos, relação genealógica; mesma origem dos animais.

Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – MAPA Secretaria de Defesa Agropecuária – SDA Departamento de Saúde Animal – DSA																																																																																																																																																																													
12. Informações para apoiar a investigação de causa e origem, e a identificação de vínculos epidemiológicos (SI = sem informação)																																																																																																																																																																													
a) O estabelecimento é utilizado para atividades de turismo? ☐ Não ☐ Sim	g) Há histórico de mudança de alimentação ou manejo? ☐ Não ☐ Sim																																																																																																																																																																												
b) Compartilha equipamentos ou instalações com outros estabelecimentos? ☐ Não ☐ Sim	h) Utiliza mão de obra de vizinhos, ou vice-versa? ☐ Não ☐ Sim																																																																																																																																																																												
c) Houve ingresso recente de veículos que possam carrear agente infeccioso? (destaque para caminhões boia-deiros ou de coleta de leite) ☐ Não ☐ Sim	i) O estabelecimento é utilizado para aglomerações de animais? (leilões, festas do laço, pesagem ou pousada de animais etc.) ☐ Não ☐ Sim																																																																																																																																																																												
d) Os animais do estabelecimento participam de eventos de aglomerações (leilões, festas do laço, pesagem ou pousada de animais, entre outras) ☐ Não ☐ Sim	j) Proximidade/divisa do estabelecimento com rodovias, lixões, aeroportos, frigoríficos, laticínios, entre outros. ☐ Não ☐ Sim																																																																																																																																																																												
e) Alguém do estabelecimento com acesso aos animais suscetíveis visitou outro estabelecimento com animais suscetíveis nos últimos 30 dias? ☐ Não ☐ Sim	k) Alguém do estabelecimento com acesso aos animais suscetíveis visitou outro país nos últimos 30 dias? ☐ Não ☐ Sim																																																																																																																																																																												
f) Recebeu visitas de pessoas com acesso a animais suscetíveis de outros estabelecimentos? ☐ Não ☐ Sim	l) Há histórico de ingestão de plantas tóxicas que levam a sinais clínicos semelhantes à suspeita ou foco investigado? ☐ Não ☐ Sim																																																																																																																																																																												
13. Últimas vacinações (relacionadas com a suspeita ou foco) ☐ Sem informação ☐ Não houve																																																																																																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th>Doença</th><th>Nome comercial da vacina</th><th>Fabricante</th><th>Partida (NNN/AA)</th><th>Data da vacinação (dd/mm/aaaa)</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td>/</td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td>/</td><td> </td></tr></tbody></table>		Doença	Nome comercial da vacina	Fabricante	Partida (NNN/AA)	Data da vacinação (dd/mm/aaaa)				/					/																																																																																																																																																														
Doença	Nome comercial da vacina	Fabricante	Partida (NNN/AA)	Data da vacinação (dd/mm/aaaa)																																																																																																																																																																									
			/																																																																																																																																																																										
			/																																																																																																																																																																										
14. Principais medicamentos que possam influenciar na manifestação de sinais clínicos ou no resultados dos testes laboratoriais da suspeita ou foco investigado ☐ Sem informação ☐ Uso de vários medicamentos no lote ou grupo de animais investigados ou ☐ Não utilizou																																																																																																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th>Doença</th><th>Nome comercial do produto</th><th>Via de administração</th><th>Período da aplicação (dd/mm/aa)</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td>a</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td>a</td></tr></tbody></table>		Doença	Nome comercial do produto	Via de administração	Período da aplicação (dd/mm/aa)				a				a																																																																																																																																																																
Doença	Nome comercial do produto	Via de administração	Período da aplicação (dd/mm/aa)																																																																																																																																																																										
			a																																																																																																																																																																										
			a																																																																																																																																																																										
15. Trânsito de animais, seus produtos e subprodutos, possivelmente relacionados com a suspeita ou foco* ☐ Sem informação Período avaliado (dias) 																																																																																																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th colspan="2">Tipo</th><th rowspan="2">Data (dd/mm/aa)</th><th rowspan="2">Espécie, produtos, subprodutos e outros</th><th rowspan="2">UF/País</th><th rowspan="2">Município (ou equivalente em outro país)</th><th colspan="2">Procedência ou Destino</th><th colspan="3">Identificação da GTA</th></tr><tr><th>Ingresso</th><th>Egresso</th><th colspan="2">Estabelecimento</th><th>UF</th><th>Série</th><th>Número</th></tr><tr><th> </th><th> </th><th> </th><th> </th><th> </th><th> </th><th>Nome</th><th>Código no SVO</th><th> </th><th> </th><th> </th></tr></thead><tbody><tr><td>☐</td><td>☐</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>		Tipo		Data (dd/mm/aa)	Espécie, produtos, subprodutos e outros	UF/País	Município (ou equivalente em outro país)	Procedência ou Destino		Identificação da GTA			Ingresso	Egresso	Estabelecimento		UF	Série	Número							Nome	Código no SVO				☐	☐										☐	☐										☐	☐										☐	☐										☐	☐										☐	☐										☐	☐										☐	☐										☐	☐										☐	☐										☐	☐										☐	☐										☐	☐									
Tipo		Data (dd/mm/aa)	Espécie, produtos, subprodutos e outros					UF/País	Município (ou equivalente em outro país)	Procedência ou Destino		Identificação da GTA																																																																																																																																																																	
Ingresso	Egresso			Estabelecimento		UF	Série			Número																																																																																																																																																																			
						Nome	Código no SVO																																																																																																																																																																						
☐	☐																																																																																																																																																																												
☐	☐																																																																																																																																																																												
☐	☐																																																																																																																																																																												
☐	☐																																																																																																																																																																												
☐	☐																																																																																																																																																																												
☐	☐																																																																																																																																																																												
☐	☐																																																																																																																																																																												
☐	☐																																																																																																																																																																												
☐	☐																																																																																																																																																																												
☐	☐																																																																																																																																																																												
☐	☐																																																																																																																																																																												
☐	☐																																																																																																																																																																												
☐	☐																																																																																																																																																																												
* Caso haja possibilidade de imprimir extrato de movimentação animal do(s) produtor(es) com exploração pecuária na propriedade, não há necessidade de preencher os campos referentes à GTA (referido extrato deverá ser anexado ao presente formulário), registrando apenas a movimentação de produtos e subprodutos ou a movimentação de animais sem emissão de GTA ou com emissão ainda não registrada no sistema de controle da movimentação animal.																																																																																																																																																																													
16. No caso de documento retificador, citar o(s) número(s) do(s) item(ns) alterado(s) e justificar a(s) alteração(ões) → Data da retificação (dd/mm/aaaa): 																																																																																																																																																																													
17. Houve colheita de amostras neste atendimento? ☐ Não ou ☐ Sim																																																																																																																																																																													
18. Assinalar os formulários anexos → ☐ 01. Form SV ☐ 03. Form SRN ☐ 05. Form EQ ☐ 07. Folha adicional ☐ 09. Form AIE ☐ 11. Form Maleína ☐ 02. Form SH ☐ 04. Form LAB ☐ 06. Extrato GTA ☐ 08. Form SN ☐ 10. Form Mormo ☐ 12. Resenho																																																																																																																																																																													
19. Identificação, formas de contato e assinatura do médico veterinário responsável pelo atendimento																																																																																																																																																																													
Nome _____ CRMV CPF 																																																																																																																																																																													
Município de lotação _____ UF _____ Unid. Regional _____ Matrícula SVO 																																																																																																																																																																													
E-mail _____ Tel. fixo _____ Celular _____																																																																																																																																																																													
Carimbo e Assinatura																																																																																																																																																																													

Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – MAPA
Secretaria de Defesa Agropecuária – SDA
Departamento de Saúde Animal – DSA

AGÊNCIA DE DEFESA AGROPECUÁRIA DO ESTADO DA BAHIA - ADAB
DIRETORIA DE DEFESA SANITÁRIA ANIMAL - DDSA

FORM COM Formulário de Investigação de Doenças - COMPLEMENTAR

1. Data da investigação (dd/mm/aaaa): _____

2. Documento retificador? ☐ Não ☐ Sim → (preencher item 16)

3. Complementar ao FORM-IN: _____

4. N° da investigação: _____ → Tipo: ☐ Intermediária ☐ Encerramento

5. Informações sobre o estabelecimento

Nome: _____ Município de localização: _____ Unidade Regional: _____

Proprietário: _____ Telefone: _____ Código do proprietário: _____ Código do estabelecimento: _____

Coordenadas geográficas

Datum utilizado: ☐ SAD 69 ☐ SIRGAS 2000 ☐ WGS 84

Formato Sexagesimal (Graus, Minutos e Segundos): Latitude: _____ ou _____ Longitude: _____ ou _____

Formato Grau decimal: _____

Hemisfério: ☐ Norte ou ☐ Sul

6. Compilação de resultados de teste diagnóstico recebidos após visita anterior (as cópias dos laudos devem ser mantidas anexas aos formulários na UVL envolvida)

Data de recebimento (dd/mm/aaaa)	Identificação do laudo	Laboratório	Teste realizado	Doença	Total de amostras por resultado recebido			
					Positivas	Negativas	Inconclusivas	Inadequadas

7. Há diagnóstico conclusivo? ☐ Não ☐ Sim → _____

8. Provável origem: ☐ Origem anterior confirmada ☐ Não identificada ☐ Outra* _____

* Informar com base no item 11 do FORM-IN

9. Últimas vacinações (relacionadas com a suspeita ou foco) ☐ Sem informação

Doença	Nome comercial da vacina	Fabricante	Partida (NNN/AA)	Data da vacinação (dd/mm/aaaa)

10. Principais medicamentos que possam influenciar na manifestação de sinais clínicos ou nos resultados dos testes laboratoriais da suspeita ou foco investigado

☐ Sem informação ou ☐ Uso de vários medicamentos no lote ou grupo de animais investigados

Doença	Nome comercial do produto	Via de administração	Período da aplicação (dd/mm/aaaa)

11. Trânsito de animais, seus produtos e subprodutos, possivelmente relacionados com a suspeita/foco ou que ocorreu após atendimento anterior** ☐ Sem informação

Tipo		Data (dd/mm/aa)	Espécie, produtos, subprodutos e outros	Procedência ou destino			Identificação da GTA		
Ingresso	Egresso			UF/País	Município (ou equivalente em outro país)	Estabelecimento	UF	Série	Número
						Nome	Código no SVO		
☐	☐								
☐	☐								
☐	☐								
☐	☐								
☐	☐								
☐	☐								

** Registrar qualquer informação sobre movimentação animal, incluindo venda ou compra irregular - Computar os ingressos e egressos de animais nos campos apropriados da Tabela disponível no item 14.

12. Descrição dos principais achados e ocorrências

Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – MAPA
 Secretaria de Defesa Agropecuária – SDA
 Departamento de Saúde Animal – DSA

13. Ocorrências observadas após atendimento anterior, relacionadas às espécies suscetíveis (computar as ocorrências nos campos apropriados da Tabela disponível no item 14)

Espécie	Ocorrência	Total	Espécie	Ocorrência	Total	Espécie	Ocorrência	Total	Espécie	Ocorrência	Total

*** Ocorrência: 1 - Nascimento; 2 - Morte por outra causa; 3 - Furto; 4 - Fuga ou extravio; ou 5 - Descaminho/Contrabando

14. Registro de dados sobre a população de animais terrestres envolvida na suspeita clínica

Animais	Faixas etárias ou espécies de aves	Existente no dia da inspeção	Casos confirmados	Casos prováveis		Mortos		Abatidos sob inspeção		Destruídos		Examinados	Após último atendimento	
				Novos	Acumulados	Novos	Acumulados	Novos	Acumulados	Novos	Acumulados		Ingressos	Egressos
Bovinos	Até 12 m													
	13 a 24 m													
	25 a 36 m													
	> 36 m													
	Total													
Bubalinos	Até 12 m													
	13 a 24 m													
	25 a 36 m													
	> 36 m													
	Total													
Caprinos	Até 12 m													
	> 12 m													
	Total													
Ovinos	Até 12 m													
	> 12 m													
	Total													
Suínos	Até 6 m													
	> 6 m													
	Total													
Equinos	Até 6 m													
	> 6 m													
	Total													
Asininos	Até 6 m													
	> 6 m													
	Total													
Múres	Até 6 m													
	> 6 m													
	Total													
Aves	Galinhas													
	Peru													
	Anseriformes													
	Ratitas													
	Outras espécies													
Total														
Abelhas	Colmeias													
Lagomorfos (coelhos)														
Outra														

15. Medidas adotadas no estabelecimento, pelo serviço veterinário oficial, neste atendimento (☐ Não se aplica)

☐ Interdição ☐ Isolamento de animais ☐ Controle de vetores ☐ Vacinação ☐ Vazio sanitário ☐ Início ☐ Em curso ☐ Término
☐ Desinterdição ☐ Limpeza/desinfecção ☐ Sequestro de produtos ☐ Destruição de produtos ☐ Animais sentinelas ☐ Início ☐ Em curso ☐ Término

16. No caso de documento retificador, citar o(s) número(s) do(s) item(ns) alterado(s) e justificar a(s) alteração(ões) → Data da retificação (dd/mm/aaaa):

17. Houve coleta de amostras neste atendimento? ☐ Não ou ☐ Sim

18. Assinalar os formulários anexos → ☐ 01. Form SV ☐ 03. Form SRN ☐ 05. Form EQ ☐ 07. Folha adicional ☐ 09. Form AIE ☐ 11. Form Maleína ☐ 13. Form VIN
☐ 02. Form SH ☐ 04. Form LAB ☐ 06. Extrato GTA ☐ 08. Form SN ☐ 10. Form Mormo ☐ 12. Resenho

19. Identificação, formas de contato e assinatura do médico veterinário responsável pelo atendimento

Nome _____ CRMV _____ CPF _____
 Município de lotação _____ UF _____ Uni. Regional _____ Matrícula SVO _____
 E-mail _____ Tel. fixo _____ Celular _____
 Carimbo e Assinatura _____

COORDENADORIA: _____
GERÊNCIA LOCAL: _____

Série D
N^o 000000

TERMO DE NOTIFICAÇÃO

Aos _____ dias do mês de _____ do ano de _____ eu, abaixo assinado, servidor da Agência Estadual de Defesa Agropecuária da Bahia – ADAB e em cumprimento a Lei Estadual Nº 10.434 de 22 dezembro de 2006, regulamentada pelo Decreto Nº 11.414 de 27 de janeiro de 2009, em referência ao auto de infração Nº _____, de _____ de _____ do ano de _____ notifiquei o estabelecimento

sediado (a) à Rua (Av.) _____ Nº _____
município de _____ Estado da Bahia.

Fica, portanto, V. S^a, notificado de que dispõe de 15 (quinze) dias para apresentar defesa. Estando sujeito as penalidades abaixo descritas.

[illegible]

de de

Notificado

Agente Fiscalizador



TERMO DE NOTIFICAÇÃO E INTERDIÇÃO

Série D
Nº 000000

Aos ____ dias do mês de _____ do ano de ____ às ____ horas, no município de _____, eu _____, Engenheiro Agrônomo, CREA N.º _____, matrícula N.º _____, servidor da Agência Estadual de Defesa Agropecuária da Bahia – ADAB, lavrei o presente termo, notificando o Sr.(a), _____, Proprietário(a), arrendatário(a) ou ocupante da propriedade _____, localizada _____, que fica interditada por ocorrência da(s) Praga(s): _____

_____,
de acordo com a(s) Portaria(s) _____,
para efetivação de medidas sanitárias na(s) supracitada(s) Portaria(s).

O notificado, a contar desta data, terá um prazo de _____ (_____) dias para proceder as medidas exigidas, ficando proibida a saída de qualquer material vegetal da propriedade, inclusive maquinarias e equipamentos capazes de disseminar ou dispensar a (s) referida (s) praga(s), até a desinterdição do imóvel, estando ainda sujeito às penas previstas no Artigo 259 do Código Penal Brasileiro.

Eng. Agr. CREA:

Proprietário ou Responsável

Eng. Agr. CREA

Testemunhas: (1) _____

(2) _____



INQUÉRITO FITOSSANITÁRIO

2- Cultivar(es): _____

3- Proprietário: _____

4- Propriedade: _____

5- Localização: _____

Município

6-Coordenadas/GPS: _____

7-Acesso à Propriedade:

8- Área Plantada: ha.

9- Idade: _____

10- Nível Tecnológico: () Alto () Médio () Baixo

11- Assistência Técnica: () Pública () Privada

12-Órgão/Empresa: _____

13-Tratos Culturais (descrever):

14- Ocorrência Fitossanitárias (relacionar, indicado severidade):

15- Medidas de Controle (descrever):

() Cultural () Químico () Não

16 – Outras Informações:

Data: / /

Técnico responsável: _____ Cadastro: _____



TERMO DE SACRIFÍCIO

Aos _____ dias do mês de _____ do ano de _____ proceder-se-á o sacrifício/destruição (), abate sanitário (), dos animais abaixo caracterizados, na propriedade (), frigorífico abatedouro (), aterro sanitário () cadastro na ADAB nº _____ no município de _____ Ba. em conformidade ao que dispõe a Lei _____, artigo _____, Decreto _____, artigo _____ Instrução Normativa _____ artigo _____ que respaldam esta ação, por serem animais reagentes positivos à _____.

De acordo com a legislação vigente de Defesa Sanitária Animal do país esta medida sanitária não permite nem autoriza qualquer indenização por se tratar de doença infectocontagiosa incurável ou não (), em processo de controle /erradicação no estado ().

A ADAB – Agência Estadual de Defesa Agropecuária da Bahia acompanhará todo processo e após o término dos serviços produzirá o relatório oficial.

Relação de animais

Espécie	Nº de animais	Sexo	Faixa etária

Os animais ora sacrificados eram portadores das seguintes identificações

Identificações	Localização das marcas

Local e data: _____, ____/____/____

Testemunhas (nome e CPF)	Médico veterinário responsável pelo sacrifício (nome e carimbo)

1º via: SVO/2º via: proprietário



DSV - AUTO DE INFRAÇÃO/AI

Serie D Nº 0000001

Coordenadoria _____ Gerência Local _____

Lei Estadual Nº 10.434 de 22/12/2006, regulamentada pelo Decreto Nº 11.414 de 27/01/2009

Lei Estadual Nº 6.455 de 25/01/1993, regulamentada pelo Decreto Nº 6.033, de 06/12/1996

c) Documentos Referência

Processo: _____ T.I. _____ de ____/____/____
Certificado de Análise de Fiscalização nº _____ de ____/____/____

d) Identificação de Estabelecimento/Detentor do Produto

Nome: _____
Endereço: _____
Município: _____

c) Identificação do Infrator

Nome: _____
Endereço: _____
Município: _____ Estado _____
CGC: _____ Inscrição Estadual: _____

d) Irregularidades Constatadas / Descrição do fato

e) Legislação Infringida

f) Valor da Multa

R\$ _____ (_____)

g) Prazo de Defesa

h) Identificação do Agente Fiscalizador

Nome: _____ Matrícula: _____

i) Observações

j) Mencionar se houver recusa ou impossibilidade do autuado assinar este AI

Hora da lavratura/AI.....:horas Local _____, ____ de ____ de ____

Infrator
1ª Via (Proprietário); 2ª Via (Coordenadoria); 3ª Via (DSV)

Agente Fiscalizador – Carimbo e assinatura

DSA - AUTO DE INFRAÇÃO

[illegible]

FICHA DE CONTROLE DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS

a) IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DA PROPRIEDADE:

- 1- Nome do proprietário _____
2- Nome da propriedade _____ Coordenadas: _____
3- Nome ou identificação do retiro/sub-sede(se houver) _____
3- Município _____ 4- Unidade local veterinária _____

b) POPULAÇÃO ANIMAL E OBSERVAÇÃO DE MORDEDURAS POR *Desmodus rotundus*:

NÚMERO DE ANIMAIS EXISTENTES			Nº DE ANIMAIS OBSERVADOS COM MORDEDURAS RECENTES		Nº TOTAL DE MORDEDURAS RECENTES	
ESPÉCIE	1ª.Obs. DATA _/_/_	2ª. Obs.* DATA _/_/_	1ª. Obs. DATA _/_/_	2ª. Obs.* DATA _/_/_	1ª.Obs. DATA _/_/_	2ª. Obs.* DATA _/_/_
Bovídea						
Eqüídea						
Suína						
Ovina						
Caprina						
Outras						

Houve pessoas agredidas por morcegos? Não ☐ Sim ☐ Quantas? _____
Quanto tempo ocorre agressão? _____ meses

Caso haja relatos de agressões a pessoas por morcegos hematófagos, deve-se, obrigatoriamente, comunicar oficialmente às autoridades de Saúde (municipal, estadual e federal).

c) CAPTURAS E TRATAMENTOS DE *Desmodus rotundus*:

- 1- Nos currais? Sim ☐ Não ☐
2- Nos abrigos? Sim ☐ Não ☐ Caso afirmativo, qual o número de cadastro do abrigo? _____

NÚMERO DE MORCEGOS CAPTURADOS/DATA							
	1ª Captura _/_/_	2ª Captura _/_/_	3ª Captura _/_/_	4ª Captura _/_/_	5ª Captura _/_/_	6ª Captura _/_/_	7ª Captura _/_/_
Nº							

4 - POPULAÇÃO DE MORCEGOS EXISTENTE NO ABRIGO:

DATA	ANTES DO TRATAMENTO		DATA	APÓS O TRATAMENTO	
	MORCEGOS HEMATÓFAGOS EXISTENTES (Nº estimado)	Nº DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS CAPTURADOS E TRATADOS		MORCEGOS HEMATÓFAGOS EXISTENTES (Nº estimado)	Nº DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS CAPTURADOS E TRATADOS

5 - TRATAMENTO NOS HERBÍVOROS (aproveitar a oportunidade para orientar o produtor rural sobre o uso correto da pasta)

Foi aplicada pasta vampiricida nas agressões dos herbívoros? Não ☐ Sim ☐ Período: _____
Nº de herbívoros tratados: _____

Observações:

Observações: _____

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura _____

* O retorno à propriedade em questão deve ocorrer, aproximadamente, 15 dias após a 1ª captura

SÍNTESE DE ATIVIDADES DE DEFESA ANIMAL EM EVENTOS PECUÁRIOS

EVENTO:

PERÍODO:

COORDENADORIA :

MUNICÍPIO:

➤ **PLANTONISTAS :**

Médico Veterinário	Aux. Fiscalização	Aux. Administrativo

➤ **INGRESSO DE ANIMAIS :**

	Bovinos	Bubalinos	Equideos	Caprinos	Ovinos	Suideos	Total
Machos							
Fêmeas							
Subtotal							
	Ratitas (Avestruz, Ema,Emu)		An. Exóticos	An. Aquáticos	Outros		Total
Subtotal							
TOTAL GERAL DE ANIMAIS :							

➤ **EXPOSITORES / PRODUTOR :**

Bahia	Outros Estados	Total

➤ **LEILÕES :**

Espécie	Total
Bovina	
Bubalina	
Caprina	
Ovina	
Equideos	
Outros	

Observações :

➤ **OCORRÊNCIAS SANITÁRIAS :**

Nº GTA's FISCALIZADAS NA ENTRADA :

Nº GTA's EMITIDAS NA SAÍDA :

AUTO DE INFRAÇÃO EMITIDO:

DATA: _____ **RESPONSÁVEL/CADASTRO / CARIMBO:** _____

REVENDAS

INDICADOR	DESCRIÇÃO	PREENCHIMENTO	COMPROVANTE
Fiscalização de Revenda			
Revenda fiscalizada	Toda empresa que comercialize produtos agropecuários	Número de vendas	Termo de Fiscalização
Fiscalização a revenda	Toda fiscalização (visita) realizada na revenda a exemplo de recebimento de vacinas, credenciamento, licenciamento, fiscalização de rotina, etc	Número de visitas	Termo de Fiscalização/ Credenciamento/ Renovação



COMPROVANTES



TERMO DE FISCALIZAÇÃO DE REVENDEDORAS DE PRODUTOS VETERINÁRIOS

Nome do Estabelecimento (fantasia) _____

Razão Social _____

Endereço: _____ Município _____

Tel.: () _____ Inscrição Estadual nº _____ CNPJ nº _____

Registro SIAPEC nº _____

1) ROTINA DE INSPEÇÃO

1.1) O credenciamento na ADAB está atualizado? () Sim () Não

1.2) Caso negativo, documentos necessários: _____

1.3) Inspeção de Produtos:

1.3.1) Bioterápicos – Dentro da validade: () Sim () Não

Dentro da temperatura ideal: () Sim () Não

Acondicionamento adequado: () Sim () Não

1.3.2) Quimioterápicos – Dentro da validade: () Sim () Não

Armazenamento adequado: () Sim () Não

1.4) O estabelecimento apresenta condições de higiene adequada para funcionamento? () Sim () Não

2) RECEBIMENTO DE VACINA

2.1) Data da chegada: _____, Hora da inspeção: _____

2.2) Tipos de vacina: _____, Nº de doses: _____

2.3) Laboratório fabricante: _____ Partida: _____, Validade: _____

2.4) Condições adequadas de conservação: () Sim () Não

2.5) Outras observações e recomendações: _____

Ciente, ____/____/____

Assinatura do responsável da loja/CPF _____

Assinatura funcionário ADAB/Carimbo _____



CARTA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO OU RENOVAÇÃO DE REVENDEDORES DE VACINAS E QUIMIOTERÁPICOS DE USO ANIMAL

Sr. Diretor Geral da Agência Estadual de Defesa Agropecuária da Bahia – ADAB, o Sr. _____, proprietário do estabelecimento comercial _____ situado no endereço _____ tel: _____ no município de _____, coordenadoria de _____ Inscrição Estadual nº _____, CNPJ nº _____ vem propor a V.S^a, o credenciamento ou renovação de credenciamento para armazenamento e/ou comercialização de vacinas e quimioterápicos de uso veterinário, nos termos da LEI nº 7.957 de 18 de janeiro de 1999, regulamentada pelo DECRETO nº 9.023 de 15 de março de 2004. De acordo com as normas emitidas pela ADAB, declaro conhecer e concordar com todos os itens.

_____, BA ____ / ____ / ____

Proprietário/Sócio

LAUDO DE INSPEÇÃO

Declaro que procedi a inspeção do estabelecimento acima descrito, possuindo o mesmo as seguintes características:

Total de geladeiras: _____ Tipo: () industrial () doméstica simples () duplex () outras

Termômetros máxima e mínima: () Digital () Clínico () Outros Total _____

Documento fiscal: () Sim () Não

Responsável Técnico: _____ CRMV/BA _____ Tel.: _____

Revenda informatizada: () Sim () Não Tipo: _____

PARECER

O estabelecimento acima () **preenche** () **não preenche** as condições exigidas pela ADAB para armazenamento e/ou comercialização de vacinas e quimioterápicos de uso veterinário.

Obs.: _____

_____, ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo ADAB

Credenciamento na Coordenação de Registro e Fiscalização da DDSA/ADAB sob nº _____

INSPEÇÃO E FISCALIZAÇÃO DE POA

INDICADOR	DESCRIÇÃO	PREENCHIMENTO	COMPROVANTE
Ação de combate a clandestinidade			
Denúncia recebida	Quantidade de denúncias recebida pela ouvidoria ou de qualquer outra fonte	Número de denúncias	Termo de denúncia / e-mail da Ouvidoria
Apuração a denúncia	Apuração realizada decorrente do recebimento de uma denúncia proveniente da ouvidoria ou de qualquer outra fonte	Número de apurações	Termo de denúncia / Autos
Controle de POA			
Ação conjunta com outros órgão	Ação realizada em conjunto com outros órgãos (Vigilância sanitária, Polícia Rodoviária, Ministério Público e outros)	Número de ações	Relatório de ação conjunta/Autos dos órgãos parceiro
Produto Apreendido em ação conjunta	Produtos apreendidos nas ações de combate a clandestino, nas ações conjuntas	Quantidade em kg de POA	Relatório de ação conjunta/Autos dos órgãos parceiro
Fiscalização de Estabelecimento			
Inspeção realizada	Visita de rotina realizada aos estabelecimentos com SIE, de inspeção periódica ou coleta de amostras, obrigatoriamente lançada no SIAPEC.	Número de visitas/inspeção	Conferência SIAPEC/Termo de Visita de Inspeção
Relatórios de produção lançado	Relatórios de produção de POA emitidos pelo estabelecimento com SIE, obrigatoriamente lançados no SIAPEC.	Número de relatórios	Conferência SIAPEC
Autos Emitidos	Autos emitidos, a exemplo de multa, notificação, apreensão e interdição durante a fiscalização, obrigatoriamente lançados no SIAPEC.	Número de autos	Conferência SIAPEC/Autos e Termos



COMPROVANTES



TERMO DE DENÚNCIA

Denunciante:	Data:
Servidor responsável:	Cad.:
Endereço:	
Telefone:	
Tipo de recebimento: ☐ Telefone ☐ Carta ☐ Email ☐ Fax ☐ Outros	

DESCRIÇÃO DA DENÚNCIA:

PROVIDÊNCIAS:

OBS: Relacionar informações sobre encaminhamentos adotados.

Ass. Servidor:

RELATÓRIO DE AÇÃO CONJUNTA

Órgão solicitante:		Data:
Servidor responsável		Cad.:
Município da ação		Data:
Local da ação: ☐ Mercado municipal ☐ Feira livre ☐ Outros:		

1. Órgãos / Entidades Participantes

☐ Ministério Público ☐ VISA ☐ PM/BA ☐ PRF ☐ Outros: _____

2. Atividade Desenvolvida:

--

OBS: Relacionar informações do Ofício da solicitação (número, data e comarca) do requerente.

3. Peso das apreensões quando os Autos forem emitidos pela (VISA)

PRODUTOS	QUANTIDADE	PRODUTOS	QUANTIDADE
Carne bovina (in natura)		Aves / miúdos (kg)	
Derivados cárneos		Leite (litros)	
Miúdos (bovina)		logurte (litros)	
Carne ovina / caprina		Queijos / Requeijão (kg)	
Derivados carne ovina / caprina		Deriv. Lácteos (outros)	
Vísceras (ovina / caprina)		Pescado	
Carne suína		Ovos (dúzia)	
Derivados carne suína		Produtos Apícolas	
Vísceras (suínas)		Outros	

NOME / ÓRGÃO

(Ass./ carimbo)

NOME / ÓRGÃO

(Ass./ carimbo)

NOME / ÓRGÃO

(Ass./ carimbo)

LABORATÓRIO

INDICADOR	DESCRIÇÃO	PREENCHIMENTO	COMPROVANTE
Envio de amostras de POA	Amostras entregues de acordo com o cronograma estabelecido pela Diretoria de Inspeção de Produtos de Origem Animal	Número de amostras	Termo de colheita de amostra
Coleta de amostra fitossanitária	Coleta de amostras suspeitas em tecido vegetal de praga quarentenária ou regulamentadas	Número de amostras	Termo de coleta



COMPROVANTES



Série A
Nº 00000

TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRAS – POA

Ao(s) _____ dia(s) do mês de _____ do ano de _____, eu, abaixo assinado, servidor da Agência Estadual de Defesa Agropecuária da Bahia – ADAB, no exercício da fiscalização de que trata a Lei Estadual nº 7.439 de 18/01/1999 e regimento aprovado pelo Decreto Estadual nº 9.023 de 15/03/2004, colhi para fins de análises laboratoriais amostras de produtos junto ao (à) _____, SIE _____, CNPJ/CPF: _____, situado(a) no(a) _____, nº _____, bairro _____, município de _____, Bahia, como abaixo se descreve:

Produto	Quantidade	Marca	Data de fabricação

Fabricante: _____, SIE _____, CNPJ/CPF: _____, situado(a) no(a) _____, nº _____, bairro _____, município de _____, Bahia, para análise em caráter:

--	--

 Fiscal

--	--

 Rotina

Para preenchimento exclusivo em colheita fiscal

As referidas amostras coletadas em triplicata foram tornadas invioláveis ficando um exemplar como contra prova lacre nº _____ em poder do(a) detentor(a) _____, situado à _____, identificado na pessoa do Sr.(a) _____ que se constitui como fiel depositário.

Informar nº dos lacres em colheitas de rotina e análises a serem realizadas:

Pelo que lavrei o presente, em 04 (quatro) vias, por mim assinado, pelo(a) detentor(a), na presença da(s) testemunha(s) abaixo:

Assinatura do(a) detentor(a)

Assinatura e carimbo do servidor

Testemunha

Testemunha

1ª via-ADAB/Sede 2ª via-Detentor 3ª via- Laboratório 4ª via-ADAB/Coreg



TERMO DE COLETA DE AMOSTRAS - DSV

Nº _____

Ao(s) _____ dia(s) do mês de _____ do ano de _____, eu, abaixo assinado, servidor da Agência Estadual de Defesa Agropecuária da Bahia (ADAB), no exercício da fiscalização de que trata a Lei Estadual 10. 434 de 22/12/2006 e regimento aprovado pelo Decreto Estadual 11. 414 de 27/01/2019, coletei para fins de análises laboratoriais amostras de vegetais e/ou substratos da _____ (Unidade de Produção/UP; ou Unidade de Consolidação/UC; ou Lote transportado; ou Lote comercializado), cuja identificação do (estabelecimento, ou veículo) é _____, na localidade _____, Coordenada Geográfica _____, município de _____, Estado da Bahia, conforme descrição abaixo:

Material (raiz - caule-folha- fruto)	Espécie	Quantidade	Unidade	Observações

Proprietário, Comerciante, Transportador: _____, inscrito no CNPJ /CPF: _____, estabelecido à rua _____, nº _____, bairro _____, município _____, Unidade da Federação _____ CEP: _____.

As referidas amostras coletadas em duplicata foram devidamente acondicionadas e lacradas (nºs) _____, ficando um exemplar como contra prova sob a responsabilidade do (a) sr(a) _____, o(a) qual se constitui como fiel depositário.

Pelo que lavrei o presente, em 04 (quatro) vias, por mim assinado, pelo (a) detentor(a), na presença da(s) testemunha(s) abaixo:

Assinatura do(a) detentor (a)

Assinatura e carimbo do servidor (a)

Testemunha

Testemunha