



TERMO DE VIGILÂNCIA

Território de Identidade: _____ Sede: _____ Município: _____

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

I – IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Responsável:		
Acompanhante:		
Acompanhante:		

II – LOCAL DA VIGILÂNCIA

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

<input type="checkbox"/> 1. Normal	<input type="checkbox"/> 2. Risco	<input type="checkbox"/> 3. Inadimplente	<input type="checkbox"/> 4. Interditada	<input type="checkbox"/> 5. Certificada	<input type="checkbox"/> 6. Credenciada
------------------------------------	-----------------------------------	--	---	---	---

IV – ATIVIDADES

<input type="checkbox"/> 1. Cadastramento/Recadastramento	<input type="checkbox"/> 2. Vigilância Ativa	<input type="checkbox"/> 3. Fiscalização	<input type="checkbox"/> 4. Supervisão/Auditoria
---	--	--	--

V – AÇÕES

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

VI - POPULAÇÃO ANIMAL

	<input type="checkbox"/> Bovino				<input type="checkbox"/> Bubalino				<input type="checkbox"/> Caprino				<input type="checkbox"/> 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																
	<input type="checkbox"/> Equino				<input type="checkbox"/> Asinino				<input type="checkbox"/> Muar				<input type="checkbox"/> Suíno		<input type="checkbox"/> Aves	
	0 a 6m		+ de 6m		0 a 6m		+ de 6m		0 a 6m		+ de 6m		Macho	Fêmea		
	Macho	Fêmea	Macho	Fêmea	Macho	Fêmea	Macho	Fêmea	Macho	Fêmea	Macho	Fêmea				
Mortos																
Existentes																

VII - DADOS DA VACINA

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

VIII – OBS / RECOMENDAÇÕES

IX – PESSOA CONTATADA: _____

Assinatura

() Proprietário () Responsável () Outro

Obs extras no verso