



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



COORDENADAS:

S: _____ W: _____

Termo de colheita nº	Lacre(s) nº	Data da colheita:
¹ País de Origem BRASIL	² Responsável pela colheita: ORGÃO DEFESA ESTADUAL - ADAB	

Identificação do estabelecimento avícola

³ Nome do Estabelecimento/Incubatório (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. BAHIA
CEP:	Fone:	CPF/CNPJ:
⁵ Empresa: Nome da empresa (razão social):		
⁶ Endereço:		
Bairro:	Município:	U.F. BAHIA
CEP:	Fone:	Nº DO REGISTRO:

Identificação do lote de aves

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

¹⁰**Tipo de Ave**

<input type="checkbox"/> Galinhas	<input type="checkbox"/> Perus	<input type="checkbox"/> Avestruzes	<input type="checkbox"/> Codorna
<input type="checkbox"/> Marreco	<input type="checkbox"/> Pato	<input type="checkbox"/> Emas	<input type="checkbox"/> Perdiz
<input type="checkbox"/> Aves Silvest./Migrat.	<input type="checkbox"/> Aves Ornamentais	<input type="checkbox"/> Outras (especificar)	

¹¹**Tipo de exploração de aves** Granja Incubatório

<input type="checkbox"/> Matrizes	<input type="checkbox"/> Avós	<input type="checkbox"/> Bisavós	<input type="checkbox"/> Linhas Puras	<input type="checkbox"/> Frango de corte
<input type="checkbox"/> Postura comercial	<input type="checkbox"/> Recria P. comercial	<input type="checkbox"/> Subsistência	<input type="checkbox"/> SPF	<input type="checkbox"/> Prod. Ovos Control.
<input type="checkbox"/> Outros (especificar)				

Utilização de Vacina contra Doença de Newcastle

¹² <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim inat <input type="checkbox"/> Sim viva	¹³ Data da última vacinação:
--	---

Utilização de Vacina contra *Salmonella* Enteritidis

¹⁴ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim inat. <input type="checkbox"/> Sim viva	¹⁵ Data da última vacinação:
---	---

¹⁶**Tipo de Vigilância**

<input type="checkbox"/> Certificação de estabelecimento de reprodução para Salmonelas e Micoplasmas	<input type="checkbox"/> Monitoramento de estabelecimento comercial para Salmonelas
<input type="checkbox"/> Mortalidade em aves de corte – colheita no SIF	<input type="checkbox"/> Importação
<input type="checkbox"/> Aves de descarte	<input type="checkbox"/> Exportação*
<input type="checkbox"/> Sítios de aves migratórias	<input type="checkbox"/> Compartimentação

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

¹⁷**Agentes a pesquisar**

<input type="checkbox"/> Newcastle	<input type="checkbox"/> Influenza Aviária	<input type="checkbox"/> Laringotraqueíte	<input type="checkbox"/> Salmonelas	<input type="checkbox"/> Micoplasmas
------------------------------------	--	---	-------------------------------------	--------------------------------------

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

<input type="checkbox"/> Soros nº amostras	<input type="checkbox"/> Suabes de Cloaca nº	<input type="checkbox"/> Suabes de traquéia nº
<input type="checkbox"/> Propé nº	<input type="checkbox"/> Suabe de Arrasto nº	<input type="checkbox"/> Fezes frescas nº
<input type="checkbox"/> Mecônio nº	<input type="checkbox"/> Suabe Fundo Caixas nº	<input type="checkbox"/> Papel de Caixa Transp. nº
<input type="checkbox"/> Aves mortas nº	<input type="checkbox"/> Pintos Mortos nº	<input type="checkbox"/> Ovos Fértis nº
<input type="checkbox"/> Ovos nº	<input type="checkbox"/> Ovos Bicados nº	
<input type="checkbox"/> Outros (especificar) nº		
<input type="checkbox"/> Órgãos (especificar) nº		

¹⁹Meio 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 (*SalmonellaGallinarum*, *SalmonellaPullorum*, *SalmonellaEnteritidis* e *SalmonellaTyphimurium*) e micoplasmoses aviárias (*Mycoplasmagallisepticum*, *Mycoplasmasynoviae* e *MycoplasmaMelleagridis*), 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.

²¹Assinatura do Médico Veterinário Responsável Técnico

Local e Data:

Profissional responsável pela colheita do material:

Médico Veterinário Responsável Técnico
Nome:

Assinatura / Carimbo

Médico Veterinário Oficial
Nome:
CRMV / BA:
TEL: (71) 3194-2098 / 3194-2099
E-mail: pesa@adab.ba.gov.br

Assinatura / Carimbo