

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

**Identificação da amostra**

Termo de colheita n°	Lacre(s) n°	Data da colheita:
<sup>1</sup> País de Origem	<sup>2</sup> Responsável pela colheita:	

**Identificação do estabelecimento avícola**

<sup>3</sup> Nome do Estabelecimento/Incubat. (razão social) ou Sítio de Aves Migratórias:		
Proprietário:		
<sup>4</sup> N° registro no órgão oficial:	N° cadastro no serviço veterinário oficial:	
Endereço:		
Bairro:	Município:	U.F.
CEP:	Fone:	Fax:
<sup>5</sup> Empresa: Nome do empresa (razão social):		
<sup>6</sup> Endereço:		
Bairro:	Município:	U.F.
CEP:	Fone:	Fax:

**Identificação do lote de aves**

Núcleo:	Lote:	<sup>7</sup> Idade (dia ou sem):	<sup>8</sup> N° aves:	<sup>9</sup> N° Total granja:
---------	-------	----------------------------------	-----------------------	-------------------------------

<sup>10</sup> **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)	

<sup>11</sup> **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**

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

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

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

<sup>16</sup> **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

<sup>17</sup> **Agentes a pesquisar**

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

<sup>18</sup> **Tipo de quantidade de Amostras Colhidas** (escrever o número de amostras colhidas)

<input type="checkbox"/> Soros n°	<input type="checkbox"/> Suabes de Cloaca n°	<input type="checkbox"/> Suabes de traquéia n°
<input type="checkbox"/> Propé n°	<input type="checkbox"/> Suabes de Arrasto n°	<input type="checkbox"/> Fezes frescas n°
<input type="checkbox"/> Mecônio n°	<input type="checkbox"/> Suabes Fundo Caixas n°	<input type="checkbox"/> Papel de Caixa Transp. n°
<input type="checkbox"/> Aves mortas n°	<input type="checkbox"/> Pintos Mortos n°	<input type="checkbox"/> Ovos Férteis n°
<input type="checkbox"/> Ovos n°	<input type="checkbox"/> Ovos Bicados n°	
<input type="checkbox"/> Outros (especificar) n°		
<input type="checkbox"/> Órgãos (especificar) n°		

<sup>19</sup> **Meio para conservação e transporte de amostras**

Material Coletado	Meio utilizado	Validade

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

Laboratório: \_\_\_\_\_

<sup>20</sup> **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.

\_\_\_\_\_  
<sup>21</sup> Assinatura do Médico Veterinário Responsável Técnico

Local e Data:

**Profissional responsável pela colheita do material:**

Médico Veterinário Responsável Técnico	Médico Veterinário Oficial
Nome: _____ CRMV: _____ Tel: _____	Nome: _____ CRMV: _____ Tel: _____
_____ Assinatura / Carimbo	_____ Assinatura / Carimbo