



Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento

Secretaria de Defesa Agropecuária

Departamento de Saúde Animal

Coordenação de Animais Aquáticos

Logotipo do órgão executor
de sanidade agropecuária

ANEXO VI

FORM-COM – FORMULÁRIO COMPLEMENTAR DE INVESTIGAÇÃO DE DOENÇAS DE ANIMAIS AQUÁTICOS

1. FORM-In RELACIONADO

Número:	Nome do Médico Veterinário emitente:
---------	--------------------------------------

2.1. IDENTIFICAÇÃO DA PROPRIEDADE

Código da propriedade na PGA:	Nome da propriedade:	CPF do responsável:	Observações que visem auxiliar na identificação da propriedade:
-------------------------------	----------------------	---------------------	---

2.2. IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA DE EXTRATIVISMO

Nome do local:	Código do município no IBGE:	Observações que visem auxiliar na identificação da área de extrativismo:
Endereço (preencher também, quando aplicável, com o nome da praia, bairro, ponto de referência):		

3. SINAIS CLÍNICOS E ACHADOS DE NECROPSIA (órgãos, lesões e alterações)*

--

*Anexar registros fotográficos (caso possível).

4. SUSPEITA CLÍNICA

--

5. ORIGEM DA DOENÇA

<input type="checkbox"/> Suspeita inicial confirmada	<input type="checkbox"/> Outra (descrever em observação)	<input type="checkbox"/> Origem não identificada
--	--	--

6. CRONOLOGIA DO FOCO

Evento	Data / hora	Assinale quando não houver informações sobre o item
Interdição da propriedade		<input type="checkbox"/>
Desinfecção da propriedade		<input type="checkbox"/>
Abate sanitário/destruição/sacrifício		<input type="checkbox"/>
Último lote com sintomatologia clínica		<input type="checkbox"/>
Desinterdição da propriedade		<input type="checkbox"/>

7.1. MOVIMENTAÇÃO DE ANIMAIS, SEUS PRODUTOS E SUBPRODUTOS (últimas movimentações desde o início do foco)					
Ingresso					
Propriedade	Município	UF	Identificação das espécies, produtos e/ou subprodutos	Quantidade (un/kg)	Documento de trânsito (se aplicável)*

* GTA, CIS-E, etc.: especificar o número de série, expedidor e demais informações de interesse.

7.2. MOVIMENTAÇÃO DE ANIMAIS, SEUS PRODUTOS E SUBPRODUTOS (últimas movimentações desde o início do foco)					
Egresso					
Propriedade	Município	UF	Identificação das espécies, produtos e/ou subprodutos	Quantidade (un/kg)	Documento de trânsito (se aplicável)*

* GTA, CIS-E, etc.: especificar o número de série, expedidor e demais informações de interesse.

8. ATUALIZAÇÃO DOS DADOS POPULACIONAIS											
Defina qual a unidade de medida que será utilizada para descrição do campo:											
<input type="checkbox"/> Unidades <input type="checkbox"/> Quilogramas (kg) <input type="checkbox"/> Toneladas											
Espécie ¹	Policultivo ²	Finalidade ³	Atividade principal ⁴	Sist. Criação ⁵	Sist. Produção ⁶	Origem ⁷	Quantidades				
							Existentes	Mortalidade estimada (%)	Sacrificados	Destruidos	Examinados

1 – Espécie: informe o nome científico da espécie. As linhas não utilizadas deverão ser marcadas com um traço.

2 – Policultivo: utilizar números para identificar espécies que são cultivadas em regime de policultivo.

3 – Finalidade: [1] Reprodução/Larvicultura; [2] Cria/Recria; [3] Engorda; [4] Ciclo completo; [5] Depuração; [6] Revenda de ornamentais; [7] Recreação; [8] Quarentena; [9] Criação para consumo próprio; [10] Área de Extrativismo; [11] Outros (especificar no campo observações).

4 – Atividade principal: Marque com um X a principal atividade tecnicada realizada na propriedade.

5 – Sistema de Criação: [1] Viveiro, [2] Tanque escavado/terra/alvenaria, [3] Raceway (fluxo contínuo), [4] Tanque de recirculação, [5] Tanque-rede/gaiolas, [6] Fundo (moluscos), [7] Suspenso (moluscos), [8] Outros (especificar em observações).

6 – Sistema de Produção: [A] Aberto, [S/A] Semi-aberto, [F] Fechado ou [S/F] Semi-fechado.

7 – Origem: [N] Origem de outra propriedade nacional; [I] Origem de importação; [P] Origem da mesma propriedade; ou [SR] Sem registro.

9. REGISTROS DOS TRATAMENTOS* PREVENTIVOS OU CURATIVOS DESDE O INÍCIO DO FOCO

Objetivo do tratamento	Nome comercial do produto	Partida/Lote	Laboratório produtor	Data da aplicação

* Vacinas, medicações, probióticos, etc.

10. COLETA DE AMOSTRAS

ID	Descrição da amostra*	Apresenta sintomas (Sim ou Não)	Local de origem	Tipo de conservação	Temperatura de envio	Número do lacre
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

*Indicar o material coletado (animal inteiro, tecido, sangue/hemolinfa, pleópodo, etc.), lote, idade de PL, peso e outras informações de interesse.

11. OBSERVAÇÕES

[illegible]

12. MÉDICO VETERINÁRIO OFICIAL RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO E COLETA DE AMOSTRAS

Nome:		CRMV/UF:
Endereço institucional:		Município/UF:
Endereço de correio eletrônico (e-mail):		CEP:
Telefone fixo com DDD:	Telefone celular com DDD:	Fax com DDD:
Data e hora da visita a propriedade / área de extrativismo:		
Carimbo e assinatura:		