**LAUDO DE VISTORIA PARA EFEITOS DE HABILITAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO DO PNCEBT (uso do Serviço Oficial)**

Dados sobre o local de estocagem de tuberculinas e antígeno e realização de teste de brucelose:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Empresa - CNPJ  (se for o caso) . . . / | | | | | | Inscrição estadual  Isenta ( ) . . - | | | | |
| Razão Social (se for o caso) | | | | | | | | | | |
| Endereço: | | | | | | | | Bairro: | | |
| CEP:  - | | | | | Telefone: | | Município: | | | UF: |
| Responsável Legal | | | | | | | | | CPF  . . . | |
| Médico Veterinário (1) | | | | | | | | | CRMV-SC /Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Médico Veterinário (2) | | | | | | | | | CRMV-SC /Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Médico Veterinário (3) | | | | | | | | | CRMV-SC /Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Médico Veterinário (4) | | | | | | | | | CRMV-SC /Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Médico Veterinário (5) | | | | | | | | | CRMV-SC /Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **SIM** |  | **NÃO** |  | **ITEM** | | | | | | |
|  |  |  |  | Sala para realização de exames laboratoriais com:\_\_\_\_\_\_\_\_\_m2, fechada. | | | | | | |
|  |  |  |  | Piso, paredes, teto/forro, portas e janelas sem danos e com superfícies laváveis. | | | | | | |
|  |  |  |  | Micropipetador automático de 30 microlitros e ponteiras | | | | | | |
|  |  |  |  | Cronômetro | | | | | | |
|  |  |  |  | Fonte de iluminação indireta | | | | | | |
|  |  |  |  | Placa de vidro para soroaglutinação | | | | | | |
|  |  |  |  | Ar condicionado fixo que mantenha a temperatura de 22°C | | | | | | |
|  |  |  |  | Termômetro de ambiente | | | | | | |
|  |  |  |  | Geladeira com congelador em bom estado de conservação | | | | | | |
|  |  |  |  | Instalação de água e esgoto em funcionamento com pia e bancada | | | | | | |
|  |  |  |  | Termômetro de máxima e mínima (refrigerador) | | | | | | |
|  |  |  |  | Material para colheita de sangue | | | | | | |
|  |  |  |  | Duas seringas multidose, próprias para tuberculinização, calibradas para 0,1 ml – Marca:.............................. Nºs de série : ................................ | | | | | | |
|  |  |  |  | Agulhas apropriadas para inoculação intradérmica | | | | | | |
|  |  |  |  | Cutímetro com mola aferido, específico para teste de tuberculinização (analógico com relógio ou digital): marca.............................Nº de série:................... | | | | | | |
|  |  |  |  | Aparelho para tricotomia. Manual ( ) Elétrico ( ) | | | | | | |
|  |  |  |  | Ferro para marcação de animais reagentes positivos – marca “P” | | | | | | |
|  |  |  |  | Formulários de tuberculinização de animais conforme legislação vigente, e acesso à internet para emissão de Atestados. | | | | | | |
| **\*\*Para realização do Teste do Anel em Leite (Ring Test)** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | Estufa que mantenha a temperatura de 37°C | | | | | | |
|  |  |  |  | Tubos 10x100 mm ou 10x75 mm e micropipeta para 1.000 microlitros com ponteiras | | | | | | |

Observação: verificar se o ar condicionado utilizado mantém a temperatura ambiente preconizada.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico veterinário da CIDASC, lotado no município \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ADR de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que inspecionei os materiais e equipamentos neste local, pertencentes ao médico veterinário supracitado, para realização de testes de tuberculinização, coleta de sangue, e equipamentos para diagnóstico de brucelose, exigidos pelo PNCEBT.

Baseado neste laudo dou parecer ( ) Favorável ( ) Desfavorável a sua habilitação.

Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura e carimbo do médico veterinário oficial responsável pela vistoria