|   **BOLETIM SANITÁRIO LAGOMORFOS**  Versão 1.0 |
| --- |
| Produtor: | N.º do boletim sanitário: (número sequencial fornecido pelo produtor) |
| Estabelecimento: |
| Responsável técnico: |
| Código oficial Sigen+: |
| Georreferenciamento: |
| Município: |
| **Responsável pelas informações:** |
| * Médico veterinário
 | * Produtor
 | * Outro*(especificar)*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  **Características do lote** |
|  Espécie animal: ( ) Coelho  ( ) Outra *(especificar)*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Categoria animal: ( ) Corte  ( ) Reprodução ( ) Outra *(especificar)*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Abate sanitário: ( ) Sim  ( ) Não |
| Data de alojamento dos reprodutores  | N° das GTA dos reprodutores | N° de animais alojados |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Data do carregamento | GTA de saída | N° de animais programados | N° de animais remanescentes | N° do SIE de destino |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Declarações relativas a origem dos lagomorfos:**( ) Não houve ocorrência de nenhuma das doenças de notificação obrigatória para lagomorfos, previstas pela Instrução Normativa nº 50/2013/MAPA.( ) Houve ocorrência das seguintes doenças de notificação obrigatória previstas pela Instrução Normativa nº 50/2013/MAPA**:**Diagnóstico confirmado de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de finalização do caso (ou abate dos lagomorfos): \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ |
| **Sinais clínicos/ diagnósticos** | **Tratamentos realizados** | **Atendeu o período de carência?** **(sim /não)** |
| Nome Comercial | Princípio ativo | Data de fim | Data de liberação abate |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Data e hora da retirada da alimentação: |
| O abaixo assinado declara que os registros e documentos relativos a estes animais estão em conformidade com os requisitos legais, e os animais acima identificados, foram considerados saudáveis durante a avaliação prévia ao abate, no momento da emissão do presente documento. Qualquer suspeita/Diagnóstico laboratorial de importância de saúde pública ou animal está notificado no verso.  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Local e data | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Nome e assinatura do emissor da GTA1 |
| **USO DA INSPEÇÃO**  |
| Apresentação de sinais clínicos compatíveis com doença de notificação obrigatória no *ante mortem* | ( ) Sim | ( ) Não |
| Lote verificado e liberado pelo SIE para abate | ( ) Sim | ( ) Não |
| Observações descrever no verso. |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Local e data | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Carimbo e assinatura do MVA/MVO |

1 Médico veterinário ou proprietário, conforme estabelecido pelo Decreto 5.741/2006