| **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