

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:		Categoria animal:		Abate sanitário:	
() Coelho		() Corte		() Sim	
() Outra (especificar): _____		() Reprodução		() Não	
() Outra (especificar): _____		() Outra (especificar): _____			
Data de alojamento dos reprodutores		Nº das GTA dos reprodutores		Nº de animais alojados	
Data do carregamento	GTA de saída	Nº de animais programados	Nº de animais remanescentes	Nº 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 GTA ¹		
USO DA INSPEÇÃO					
Apresentação de sinais clínicos compatíveis com doença de notificação obrigatória no <i>ante mortem</i>			() 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