|  |
| --- |
| **BOLETIM SANITÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DE LOTE DE SUÍNOS** |
| **Produtor:** |  |
| **Estabelecimento:** |  |
| **Responsável Técnico:** |  |
| **Nº Cadastro Órgão Estadual Defesa:** |  |
| **Georreferenciamento:** |  |
| **Município:** |  | **UF:** |  |
| **Responsável pelas informações:** |
|  Médico Veterinário Oficial/Habilitado | Médico Veterinário Particular | Proprietário |
| **Rastreabilidade:** | Ciclo completo | Reprodutores/Descarte  | Terminador |
| **CARGA DE LEITÕES (1)** | **N° GTA DOS LEITÕES** | **N° DE LEITÕES DECLARADOS NA GTA** | **N° DE LEITÕES MORTOS NO TRANSPORTE** | **DATA ALOJAMENTO** | **N° LEITÕES ALOJADOS** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **CARGA DE SUÍNOS PARA ABATE(1)** | **N° GTA DOS SUÍNOS PARA O ABATE** | **DATA DA EMISSÃO GTA** | **DATA DE CARREGAMENTO** | **N° DE SUÍNOS NA DATA EMISSÃO DO BOLETIM** | **% DE MORTALIDADE NA EMISSÃO DO BOLETIM (2)** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| **Número de suínos remanescente do lote (3):**  |
| **% Mortalidade após finalização do lote (4):** |
| **Sinais clínicos/Doenças detectadas pelo responsável técnico do lote (5):** |
| **DROGAS ADMINISTRADAS NO LOTE (6)** | **VACINAÇÕES:** |
| **PRINCÍPIO ATIVO** | **DATA INÍCIO** | **DATA DE LIBERAÇÃO PARA ABATE** | **ATENDEU O PERÍODO DE CARÊNCIA? (SIM/NÃO)** | **DATA** | **VACINA ADMINISTRADA** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **Data e hora da retirada da alimentação na granja:** |
| 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, **de acordo com os controles veterinários desenvolvidos na granja**, 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, data e hora\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identificação e Assinatura do Responsável pelas Informações |
| Declaro que as informações contidas neste boletim foram por mim verificadas, sendo consideradas em acordo com os requisitos sanitários do país a que se destina, conforme as informações adicionais no verso (declarações adicionais e respaldo para certificação sanitária – no verso) (7) |
|
| Local, data e hora\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carimbo e Assinatura do Médico Veterinário Responsável pela saúde do lote |
| **USO DO SERVIÇO OFICIAL – S.I.M.****VERIFICAÇÕES OFICIAIS/AÇÕES FISCAIS** |
| Apresentação de sinais clínicos compatíveis com doença de notificação obrigatória no *ante mortem* | Sim | Não |
| Lote Verificado e Liberado pelo SIM para abate | Sim | Não |
| Outras Observações no verso\* |
| Local, data e hora\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carimbo e Assinatura do Médico Veterinário S.I.M. -CIMERP |