



MUNICÍPIO:		USAV:		REGIONAL:	
EVENTO:				PERÍODO:	
RESPONSÁVEL PELA INSPEÇÃO:				CRMV/_____:	

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO CLÍNICA

Data	Identificação				Baia/Curral (Número)	Sinais Clínicos		Suspeita Clínica	Descrição dos Sintomas Observados
	N° Lote	N° Animal	Idade	Espécie		Doença Vesicular	Outras Enfermidades		
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Obs:

Local/ Data: _____/____/_____.	
	Assinatura/Carimbo



Instrutivo para preenchimento do Relatório de Inspeção Animal

ATENÇÃO: INDISPENSÁVEL A LEITURA DESTE INSTRUTIVO.

Formulário para o envio de informações sobre a fiscalização de eventos agropecuários (vaquejadas, feiras, exposições e afins)

Destinatário do Informe:

Coordenação de Eventos Agropecuários - Gerência de Defesa Animal/ADAPI
Rua 19 de Novembro, 1980 - Bairro Morro da Esperança CEP 64.002-540 / Teresina-PI
Tel: (086) 3221-7142/ 3221-9225 / 3221-8751 - Ramal 27
e-mail: eventosagropecuarios.adapi@gmail.com / Cópias para cda.adapi@gmail.com

O preenchimento deste formulário deve ser realizado em letra de forma, devendo o lançamento de dados por município ser realizado em ordem alfabética.

A cópia do formulário, devidamente assinada e carimbada pelo responsável pelo preenchimento, deve ser encaminhada à coordenação de Eventos Agropecuários imediatamente via fax/e-mail E via malote/SEDEX, respeitando o cronograma de envio de documentos via Correios, juntamente com o Relatório de Viagens (quando forem solicitadas diárias) ou até 15 dias úteis após o término do evento.

DEFINIÇÕES E INSTRUÇÕES

MUNICÍPIO: município de realização do Evento

USAV de Jurisdição: USAV ao qual pertence o município onde o evento foi realizado

NOME DO EVENTO: Informar o nome do evento. Ex.: XXIX Grande Vaquejada do Parque Boi Manso

PERÍODO: Informar o dia do início e final da realização do evento

RESPONSÁVEL PELA INSPEÇÃO: nome do médico veterinário responsável pela inspeção clínica dos animais

CRMV: Número de inscrição no CRMV

RELATÓRIO DA INSPEÇÃO CLÍNICA DOS ANIMAIS

ORIENTAÇÃO GERAL: a amostragem de animais selecionados para realização de inspeção clínica será de 5%

DATA: data de inspeção dos animais

Nº DO LOTE: nº de identificação do lote a qual o animal inspecionado pertence

Nº DO ANIMAL: nº de identificação individual do animal - seqüência numérica por ordem de inspeção

IDADE: idade do animal, em meses

ESPÉCIE: informar de acordo com a espécie inspecionada - BOV para bovinos; EQU para equídeos; OV para ovinos; CAP para caprinos; SUI para suínos; AV para aves;

BAIA/CURRAL: nº de identificação da baia/curral

DOENÇA VESICULAR: Assinalar SIM ou NÃO de acordo com a presença ou ausência de sintomatologia vesicular

OUTRAS ENFERMIDADES: Assinalar SIM ou NÃO de acordo com a presença ou ausência de sintomatologia nervosa/hemorrágica/outras

OUTRAS OCORRÊNCIAS: Informar qualquer entrave que tenha dificultado o trabalho de fiscalização do evento

SUSPEITA CLÍNICA: Informar a suspeita clínica

DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS OBSERVADOS: descrever suscintamente, os sintomas apresentados, bem como as medidas adotadas

OBSERVAÇÃO: descrever outras observações, bem como as medidas adotadas

Local e data: local e data de preenchimento do formulário.

Assinatura/Carimbo: assinatura e carimbo do responsável pela informação

Qualquer dúvida no preenchimento dos relatórios, bem como sobre o envio dos formulários, entrar em contato com a Coordenação de Eventos Agropecuários.