

**ANEXO V**

Via Nº: \_\_\_\_\_  
 Form-In Nº: \_\_\_\_\_

**1. NÚMERO DO FOCO/SUSPEITA**

**FORM-IN – FORMULÁRIO INICIAL DE INVESTIGAÇÃO DE DOENÇAS DE ANIMAIS AQUÁTICOS**

Código do município no IBGE:	UF:	Nº do foco/suspeita no município:	Descrição da suspeita que motivou a notificação/ motivo que levou à notificação:
------------------------------	-----	-----------------------------------	--

Os produtos são originários de importação e estão em período de quarentena?

Sim                       Não

**2. NÚMERO DO FOCO/SUSPEITA DE ORIGEM (que originou a investigação)**

Código do município no IBGE:	UF:	Nº do foco/suspeita no estado:	Nº do foco/suspeita no município:	Descrição da suspeita que motivou a notificação/ motivo que levou à notificação:
------------------------------	-----	--------------------------------	-----------------------------------	--

Origem da notificação:

Proprietário                       Serviço oficial                       Terceiros                       Médico veterinário habilitado

Data e hora da notificação:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_

Data e hora da visita à propriedade:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_

**3.1. IDENTIFICAÇÃO DA PROPRIEDADE**

Código da propriedade na PGA:	Nome da propriedade:	CPF do responsável:	Observações que visem auxiliar na identificação da propriedade:
-------------------------------	----------------------	---------------------	---

**3.2. IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA DE EXTRATIVISMO**

Nome do local:	Código do município no IBGE:	Observações que visem auxiliar na identificação da área de extrativismo:
----------------	------------------------------	--

Endereço (preencher também, quando aplicável, com o nome da praia, bairro, ponto de referência):

**3.3. GEORREFERENCIAMENTO (preencher em grau decimal e no datum WGS84)**

Latitude ponto 1:	Longitude ponto 1:	Latitude ponto 2 (quando aplicável):	Longitude ponto 2 (quando aplicável):
-------------------	--------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

**4. SINAIS CLÍNICOS E ACHADOS DE NECROPSIA (órgãos, lesões e alterações)\***

\*Anexar registros fotográficos (caso possível).

**5. SUSPEITA CLÍNICA**



6. CRONOLOGIA DO FOCO					
Evento			Data / hora		Assinale quando não houver informações sobre o item
Início provável do foco/suspeita segundo informação do proprietário/responsável/terceiros					<input type="checkbox"/>
Início provável do foco/suspeita segundo avaliação do veterinário oficial					<input type="checkbox"/>
Notificação ao serviço oficial					<input type="checkbox"/>
Visita inicial					<input type="checkbox"/>
Interdição da propriedade					<input type="checkbox"/>
Desinfecção da propriedade					<input type="checkbox"/>
Abate sanitário/ destruição/sacrifício					<input type="checkbox"/>
Coleta de amostra					<input type="checkbox"/>
Envio da (s) amostra(s) ao laboratório					<input type="checkbox"/>
Último lote com sintomatologia clínica					<input type="checkbox"/>
7. PROVÁVEL ORIGEM DA SUSPEITA					
Item			Item		
<input type="checkbox"/>	Água de abastecimento da propriedade		<input type="checkbox"/>	Alimento vivo (Artêmia, Poliquetas, etc.)	
<input type="checkbox"/>	Animais vivos adquiridos no país		<input type="checkbox"/>	Alimento	
<input type="checkbox"/>	Animais vivos importados		<input type="checkbox"/>	Fômites (veículos, instrumentos, etc.)	
<input type="checkbox"/>	Introdução de produtos não viáveis de animais aquáticos		<input type="checkbox"/>	Transmissão vertical (via ovos ou gametas infectados)	
<input type="checkbox"/>	Contato com animais silvestres		<input type="checkbox"/>	Vetores	
<input type="checkbox"/>	Estabelecimento vizinho infectado/suspeito		<input type="checkbox"/>	Não identificada	
<input type="checkbox"/>	Outra, especifique: _____				
8.1. MOVIMENTAÇÃO DE ANIMAIS, SEUS PRODUTOS E SUBPRODUTOS (últimas movimentações anteriores a suspeita)					
Ingresso					
Propriedade	Município	UF	Identificação das espécies, produtos e/ou subprodutos	Quantidade (un/kg)	Documento de trânsito (se aplicável)*
8.2. MOVIMENTAÇÃO DE ANIMAIS, SEUS PRODUTOS E SUBPRODUTOS (últimas movimentações anteriores a suspeita)					
Egresso					
Propriedade	Município	UF	Identificação das espécies, produtos e/ou subprodutos	Quantidade (un/kg)	Documento de trânsito (se aplicável)*

\* GTA, CIS-E, etc.: especificar o número de série, expedidor e demais informações de interesse.



9. DADOS POPULACIONAIS											
Defina qual a unidade de medida que será utilizada para descrição do campo: <input type="checkbox"/> Unidades <input type="checkbox"/> Quilogramas (kg) <input type="checkbox"/> Toneladas											
Espécie <sup>1</sup>	Policultivo <sup>2</sup>	Finalidade <sup>3</sup>	Atividade principal <sup>4</sup>	Sist. Criação <sup>5</sup>	Sist. Produção <sup>6</sup>	Origem <sup>7</sup>	Quantidades				
							Existentes	Mortalidade estimada (%)	Sacrificados	Destruidos	Examinados

- 1 – **Espécie:** informe o nome científico da espécie. As linhas não utilizadas deverão ser marcadas com um traço.
- 2 – **Policultivo:** utilizar números para identificar espécies que são cultivadas em regime de policultivo.
- 3 – **Finalidade:** [1] Reprodução/Larvicultura; [2] Cria/Recria; [3] Engorda; [4] Ciclo completo; [5] Depuração; [6] Revenda de ornamentais; [7] Recreação; [8] Quarentena; [9] Criação para consumo próprio; [10] Área de Extrativismo; [11] Outros (especificar no campo observações).
- 4 – **Atividade principal:** Marque com um X a principal atividade tecnicada realizada na propriedade.
- 5 – **Sistema de Criação:** [1] Viveiro, [2] Tanque escavado/terra/alvenaria, [3] Raceway (fluxo contínuo), [4] Tanque de recirculação, [5] Tanque-rede/gaiolas, [6] Fundo (moluscos), [7] Suspenso (moluscos), [8] Outros (especificar em observações).
- 6 – **Sistema de Produção:** [A] Aberto, [S/A] Semi-aberto, [F] Fechado ou [S/F] Semi-fechado.
- 7 – **Origem:** [N] Origem de outra propriedade nacional; [I] Origem de importação; [P] Origem da mesma propriedade; ou [SR] Sem registro.

10. REGISTROS DOS ÚLTIMOS TRATAMENTOS* PREVENTIVOS OU CURATIVOS				
Objetivo do tratamento	Nome comercial do produto	Partida/Lote	Laboratório produtor	Data da aplicação

\* Vacinas, medicações, probióticos, etc.



11. COLETA DE AMOSTRAS						
ID	Descrição da amostra*	Apresenta sintomas (Sim ou Não)	Local de origem	Tipo de conservação	Temperatura de envio	Número do lacre
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

\*Indicar o material coletado (animal inteiro, tecido, sangue/hemolinfa, pleópodo, etc.), lote, idade de PL, peso e outras informações de interesse.

12. OBSERVAÇÕES		
13. MÉDICO VETERINÁRIO OFICIAL RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO E COLETA DE AMOSTRAS		
Nome:		CRMV/UF:
Endereço institucional:		Município/UF:
Endereço de correio eletrônico (e-mail):		CEP:
Telefone fixo com DDD:	Telefone celular com DDD:	Fax com DDD:
Data e hora da visita à propriedade / área de extrativismo:		
Carimbo e assinatura:		