



*Encaminhar um formulário por amostra e enviá-lo juntamente com os materiais para o laboratório. **As amostras deverão estar devidamente identificadas.**

Nome do Estabelecimento/Incubatório: _____ CNPJ: _____
 Proprietário (a): _____ CPF: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ CEP: _____ UF: _____ Município: _____
 Empresa/ Razão Social: _____ Município: _____
 Endereço: _____ CEP: _____ UF: _____ Telefone: _____
 Responsável da Coleta: _____ CRMV: _____ Telefone: _____
 E-mail: _____

Informações de Lote

Núcleo Amostra: _____ Idade: _____ Dia (s) _____ Semana (s) _____ Lote: _____ Tipo de Exploração: _____
 Unid. Epidemiol.: _____ Galpão: _____ Data Alojamento: ____/____/____ Nº Total de Galpões: _____
 Nº Reg. Oficial: _____ Nº SVO: _____ Data da Coleta: ____/____/____
 Meio de Transporte: _____ Núcleo de Origem: _____ Lacre: _____
 Termo de Colheita: _____

Tipo de Ave

Galinha Peru Outros: _____

Tipo de Exploração

Avós Incubatório Matriz Prod. Ovos Controlados Outros: _____
 Bisavós Linhas Puras Postura Comercial SPF

Utilização de Vacinas

Contra Doença de Newcastle Não Sim Inativada Sim Viva Data da Última Vacinação: ____/____/____
 Contra Doença de *Salmonella* Enteritidis Não Sim Inativada Sim Viva Data da Última Vacinação: ____/____/____

Tipo de Vigilância

Aves de Descarte Compartimentação Exportação Sítio de Aves Migratórias
 Certificação de Estabelecimento de Reprodução para *Salmonellas* e *Mycoplasmas*. Importação Mortalidade em Ave de Corte - Colheita SIF
 Outros: _____

Tipo e Quantidade de Amostra

Quant.		Quant.	
	Água		Ovos Férteis
	Carcaça		Soro
	Fezes		Swab de Arrasto
	Mecônio		Swab de Coacla
	Órgãos		Swab de Fundo de Caixa
	Ovos Biccados		Swab de Traqueia

Quantidade de Teste (s):

Pesquisa *Salmonella* _____ SAR S. Pullorum _____
 SAR *Mycoplasma gallisepticum* _____ ELISA - *Mycoplasma gallisepticum* _____
 SAR *Mycoplasma synoviae* _____ ELISA - *Mycoplasma synoviae* _____

Meio Para Conservação e Transporte de Amostras

Material Coletado	Meio Utilizado	Validade



Nome do Laboratório Para o Qual o Material Será Enviado

Laboratório: _____

Observações:

Declaração de não utilização de agentes inibidores de crescimento bacteriano e de Micoplasmas, quando da colheita de materiais para certificação sanitária dos estabelecimentos avícolas de reprodução e para o monitoramento dos estabelecimentos avícolas comerciais.

Declaro que tenho pleno conhecimento da Norma Técnica para Monitoramento e Certificação Sanitária de Núcleos e Estabelecimentos Avícolas para salmoneloses (*Salmonella Gallinarum*, *Salmonella Pullorum*, *Salmonella Enteritidis* e *Salmonella Typhimurium*) e micoplasmoses aviárias (*Mycoplasma gallisepticum*, *Mycoplasma synoviae* e *Mycoplasma melleagridis*), e afirmo que os lotes descritos neste Termo de Colheita não receberam tratamento com agentes inibidores de crescimento bacteriano e de micoplasmas, no período de **3 semanas (ou mais, caso o período de carência desses agentes seja maior)** anteriores a data da colheita oficial para certificação sanitária dos referidos lotes. Declaro ainda estar ciente de que exames complementares para a detecção de resíduos de agentes inibidores de crescimento bacteriano e de micoplasmas poderão ser realizados para confirmação desta declaração.

Assinatura do Médico Veterinário Responsável Técnico

Local e Data:

Profissional Responsável Pela Colheita do Material

Médico Veterinário Responsável Técnico

Nome: _____

CRMV: _____

Tel: _____

Assinatura / Carimbo

Médico Veterinário Oficial

Nome: _____

CRMV: _____

Tel: _____

Assinatura / Carimbo

Agrodefesa/Secretaria: _____

Contato: _____

E-mail: _____