



*Sistema de vigilância sanitária na zona livre de peste suína clássica*  
**Monitoramento em matadouros-frigoríficos de suídeos**  
*Formulário de colheita de amostras*

**1 - Identificação do estabelecimento**

Serviço de Inspeção		FEDERAL		ESTADUAL	Número:
Município:					UF:

**2 - Informações sobre as amostras**

Nº	NÚMERO DO TUBO (SIF ou SIE-UF nº / nº amostra / ano)	MUNICÍPIO e UF	Nº GTA	DATA DA COLHEITA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

**3 - Observações**

--

**4 - Laboratório de destino das amostras**

Nome:	Data do envio:
-------	----------------

**5 - Indicação para retorno dos resultados**

Nome:	Telefone:
E-mail:	Fax:

Médico  
Veterinário  
Oficial

Nome

Assinatura e carimbo



*Sistema de vigilância sanitária na zona livre de peste suína clássica*  
**Monitoramento em matadouros-frigoríficos de suídeos**  
*Formulário de colheita de amostras*

**INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO**

**01 – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:**

- SERVIÇO DE INSPEÇÃO: Assinalar com "X" o tipo do serviço de inspeção (federal ou estadual) do estabelecimento.
- NÚMERO: Informar o número de registro do estabelecimento no respectivo serviço de inspeção (federal ou estadual).
- MUNICÍPIO/UF: Informar o nome do município e da UF onde se localiza o estabelecimento.

**02 - INFORMAÇÕES SOBRE AS AMOSTRAS:**

- N° DO TUBO: Informar o número de identificação de cada amostra de soro sanguíneo, composto pela sigla SIF ou SIE-UF, pelo número de registro do estabelecimento no respectivo serviço de inspeção, pelo número seqüencial da amostra naquele estabelecimento e pelo ano corrente. Os números sequenciais das amostras deverão ser reiniciados pelo número 001 a cada ano.  
Ex.: SIF XXXX / 001 / 10 ou SIE-UF XXXX / 001 / 10.
- MUNICÍPIO/UF: Município e UF de origem do animal amostrado.
- N° GTA: Número da GTA que acompanhou o animal amostrado.
- DATA DA COLHEITA: Data em que a amostra de soro sanguíneo foi colhida.

**3 - OBSERVAÇÕES:**

Campo destinado ao registro de informações adicionais.

**4 - LABORATÓRIO DE DESTINO DAS AMOSTRAS:**

- NOME: Informar o nome do laboratório para o qual as amostras foram enviadas.
- DATA DO ENVIO: Informar a data do envio das amostras.

**5 - INDICAÇÃO PARA RETORNO DOS RESULTADOS:**

- NOME: Informar o nome do médico veterinário responsável pelo Programa Nacional de Sanidade dos Suídeos no Órgão Estadual de Defesa Sanitária Animal.
- E-MAIL: Informar o endereço eletrônico da pessoa indicada.
- TELEFONE: Informar o número do telefone da pessoa indicada.
- FAX: Informar o número do fax da pessoa indicada.

**ATENÇÃO:**

- 1) Todos os formulários deverão estar identificados com o nome, assinatura e carimbo do médico veterinário do serviço oficial responsável pelo preenchimento dos mesmos.
- 2) O formulário deverá ser emitido em 4 (quatro) vias, que terão as seguintes destinações: 1ª via (original): Serviço de Inspeção do estabelecimento; 2ª via (cópia): Laboratório de destino; 3ª via (cópia): Órgão Estadual de Defesa Sanitária Animal e 4ª via (cópia): Serviço de Saúde Animal/SFA.