

## CHECK LIST DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

### LAUDO PRÉVIO À INSPEÇÃO “IN LOCO” DO SERVIÇO OFICIAL

**I - IDENTIFICAÇÃO**

1 - NOME:	
2 - RAZÃO SOCIAL:	
3 - MUNICÍPIO:	
4 - TIPO DE EXPLORAÇÃO:	
5 - TÉCNICO RESPONSÁVEL:	CRMV-RS n°:
6 - COORDENADAS GPS (Datum WGS 84): Latitude:(S)	,Longitude:(W)

**OS ITENS DESTACADOS NA COR VERDE SÃO OBRIGATÓRIOS PARA O REGISTRO**  
**AQUELES DESTACADOS NA COR AZUL COM A PALAVRA “POSTURA” É EXCLUSIVO PARA ESTA ATIVIDADE**

**II - MEMORIAL DESCRITIVO ( Art. 9º, item VII / IN 56 ):**

	SIM	NÃO
Data de construção do estabelecimento vistoriado: ____/____/____		
1.0 - Existe descrição da localização e isolamento das instalações ?		
Existe um estabelecimento avícola de REPRODUÇÃO no raio de 3 km ?		
Se a resposta for afirmativa, no caso, “SIM”, informar:		
a) Atividade do Estabelecimento de Reprodução: _____		
b) Possui PARECER TÉCNICO <u>favorável</u> emitido pelo COSAVI (Comitê de Sanidade Avícola do RS) baseado na “Avaliação de Risco” sanitário envolvido ?		
Distância do estabelecimento mais próximo: _____ metros.		
Tipo de estabelecimento: _____		
2.0 - Existe descrição das barreiras naturais?		
3.0 - Existe descrição das barreiras físicas?		
4.0 - Existe descrição do controle do acesso e fluxo de trânsito?		
5.0 - Existe descrição do manejo adotado?		
6.0 - Existe descrição dos cuidados com a ração e água?		
7.0 - Existe descrição do programa de saúde avícola?		
8.0 - Há um Plano de contingência ? Existem “POPs” no estabelecimento?		
8.1 - Existe uma lista de telefones úteis para contato ( IVZ, RT, Técnicos da Integradora, Etc...) em caso de emergência sanitária?		
Estão disponíveis no estabelecimento?		
8.2 - Existem procedimentos estabelecidos para notificação rápida de ocorrência de mortalidade de aves no estabelecimento ?		
Estão disponíveis no estabelecimento?		
8.3 - Prevêem ações de suporte ao Serviço Oficial em caso de emergência sanitária (sacrifício, eliminação das aves e desinfecção ) adequadas ao estabelecimento?		
Estão disponíveis no estabelecimento ?		
8.4 - Prevêm quais são as rotas de acesso ao estabelecimento para instalação de barreiras de trânsito?		

8.5 - Descreve quais são os equipamentos ou máquinas utilizados ( ex: trator, retroescavadeira, etc...) e onde serão providenciados?		
9.0 - Há um Plano de capacitação de pessoal ?		
9.1 - Há um programa de Boas Práticas Agrícolas (fluxo de área limpa, área suja, higiene pessoal e ambiental, etc) ? e de Emergência Sanitária ?		
9.2 - Há um programa de controle de pragas e roedores ?		

### III - CONDIÇÕES DE BIOSSEGURIDADE

1 - Existe isolamento do estabelecimento?		
Especificar Isolamento:		
1.1 - Existe isolamento dos galpões ou núcleo com altura $\geq 1$ metro com único acesso?		
1.2 - Com afastamento mínimo de 5 metros ?		
2 - Existe controle e registro para trânsito de pessoas e veículos ?		
3 - Existe sistema de desinfecção de veículos na entrada e na saída da granja ?		
4 - Desinfecção utilizada / Tipo: Desinfetantes: Diluição:		
5 - Possui banheiros ?		
6 - Possui vestiários ?		
7 - Fossa séptica ou outros meios higiênico-sanitários para destino das águas servidas e resíduos ?		
É satisfatório?		
8 - Estado geral de conservação de todas as instalações: <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM		

#### 9. GALPÕES:

9.1 - Existe escritório ? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
9.2 - Existe Almojarifado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
9.2.1 - Condições de higiene do almojarifado: <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM		
9.2.2 - Organização do almojarifado: <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM		
9.2.3 - Raticidas e produtos químicos estão bem armazenados? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
9.3 - Possui tela anti-pássaro malha $\leq 2,54$ cm ? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO. Se NÃO citar tipo de tela:		
9.4 - Possui piso de alvenaria? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO. Se NÃO citar tipo de piso: Condições do piso: <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM		
9.5 - Presença de pássaros dentro dos galpões: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
9.6 - Vedação dos Galpões: <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM		
9.7 - Condições das Camas: <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM		
9.8 - Condições dos Ninhos/Gaiolas: (POSTURA) <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM		
9.9 - Limpeza e desinfecção dos materiais e equipamentos utilizados: <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM		
9.10 - Colheita de Ovos: ( POSTURA) <input type="checkbox"/> MANUAL <input type="checkbox"/> AUTOMATIZADA		
9.11 - Número de colheitas diárias: (POSTURA)		
9.12 - Realiza limpeza dos Ovos: (POSTURA) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                      Especificar: <input type="text"/>		

10. RESÍDUOS: (Considerar a legislação ambiental vigente)

10.1 - Destino da cama:

10.2 - Destino do esterco e embalagem: (POSTURA)

10.3 - Destino dos ovos (descartados) quebrados e trincados: (POSTURA)

10.4 - Destino das aves mortas:

10.5 - Condições da composteira:

BOAS

REGULAR

RUIM

10.6 - Destino das aves descartadas no estabelecimento:

10.7 - Destino de descarte dos lotes: (POSTURA)

11. CONTROLES GERAIS:

11.01 - Existe um programa de controle de pragas disponível no estabelecimento?

SIM

NÃO

11.02 - Existem registros do programa de controle de pragas disponíveis no estabelecimento?

SIM

NÃO

11.03 - Existe um programa de limpeza e desinfecção dos galpões a ser realizado após a saída dos lotes?

SIM

NÃO

Está de acordo?

SIM

NÃO

11.04 - Existem registro das atividades de trânsito de aves (cópias das GTAs do período não inferior a 2 anos se for o caso) ?

SIM

NÃO

11.05 - Possui “Ficha de Acompanhamento de Lote” para preenchimento adequado do Boletim sanitário?

SIM

NÃO

NÃO SE APLICA

11.06 - Existe registro das ações sanitárias executadas (monitoramento sanitário do período não inferior a 2 anos se for o caso)?

SIM

NÃO

11.07 - Existem protocolos de vacinações e medicações utilizadas por um período não inferior a 2 anos se for o caso ?

SIM

NÃO

11.08 - Existe registro do manejo adotado?

SIM

NÃO

11.09 - Existem registros das datas de visitas e recomendações do Técnico Responsável por um período não inferior a 2 anos se for o caso ?

SIM

NÃO

11.10 - Existem registros das datas de visitas e relatório de visitas do Médico Veterinário Oficial por um período não inferior a dois anos se for o caso?

SIM

NÃO

11.11 - Existem registros de reuniões técnicas de capacitação de pessoal?

SIM

NÃO

11.12 - Qual Serviço Oficial realiza a atividade de Inspeção do Produto de Origem Animal “Ovo de Consumo”, produto final deste estabelecimento ? (POSTURA)

Municipal,

Estadual

ou

Federal.

Inscrição Número:

▶ VERIFICAR SE TODOS OS PROGRAMAS E CONTROLES ESTÃO DISPONÍVEIS E BEM ARQUIVADOS NO ESTABELECIMENTO ◀

IV - OBSERVAÇÕES E CONSIDERAÇÕES:

**V - PARECER:**

Tendo em vista o presente laudo prévio (check List), consideramos que este estabelecimento:

 APRESENTA CONDIÇÕES;

 NÃO APRESENTA CONDIÇÕES;

de ser submetido à visita do Serviço Oficial para conferência “in loco” e aplicação do Laudo de Inspeção Física e Sanitária com vistas a obtenção do Registro Definitivo junto ao DDA / SEAPA.

**VI - EXIGÊNCIAS**

Sendo o parecer INDICATIVO da visita oficial, demonstramos no quadro abaixo a(s) exigência(s) inicialmente proposta(s) a ser (em) cumprida(s), e seu(s) respectivo(s) prazo(s) estabelecido(s), bem como, a data da verificação do atendimento da(s) mesma(s), para viabilizar essa próxima etapa no processo de obtenção do REGISTRO DEFINITIVO.

EXIGÊNCIAS	PRAZO PARA REALIZAÇÃO	DATA DO ATENDIMENTO

**VII - DATA**

\_\_\_\_\_ (RS), \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_\_.

**VIII - RESPONSÁVEL pelas informações**

ASSINATURA:	CARIMBO
NOME:	
IDENTIDADE Nº:	

**IX - RESPONSÁVEL TÉCNICO ( RT ) do Estabelecimento**

ASSINATURA:	CARIMBO DO RT
NOME:	
C R M V (RS) Nº:	