



WITT|O'BRIEN'S

Projeto de Monitoramento de Impactos de
Plataformas e Embarcações sobre a Avifauna

Bloco BM-S-8

Bacia de Santos



ANEXO 4

Ficha PMAVE

FICHA PMAVE**Empreendimento:****Empreendedor:** STATOIL Brasil Óleo e Gás**Consultoria responsável:** Aiuká Consultoria em Soluções Ambientais Ltda.**Unidade Marítima:****Número da ABIO:****DADOS DO ANIMAL****Nº Ocorrência:****ID Temporário:****ID Definitivo:****Espécie:****Sexo:** () Macho () Fêmea () Indeterminado**Grupo etário:** () Neonato/Filhote () Juvenil/Sub-adulto () Adulto () Senil**Estado:** () Vivo () Morto**Condição corporal:** () caquético () magro () bom () ótimo**Presença de óleo:** () Sim () Não () Não sabe**Atitude:** () BAR [alerta e ativo] () QAR [alerta e quieto] () NR [não responsivo]**Ferimento visível:** () Sim () Não () Não sabe**Houve colisão da ave com a instalação:** () Sim () Não () Não sabe**Houve aprisionamento da ave na instalação:** () Sim () Não () Não sabe**Observações clínicas ou comportamentais:****PROCEDIMENTOS****AVISTAMENTO**

Data: ___/___/___ Hora: ___:___ Responsável (nome e assinatura): _____

Origem: () 1.Aglomeração de aves; () 2.Presença de aves com risco à segurança; () 3.Aves debilitadas, feridas ou que necessite de atendimento; () 4.Ave acidentalmente levada à instalação, cujo isolamento não permita o retorno à sua origem; () 5.Carcasas de aves; () 6.Outros

Responsável (nome e assinatura): _____

Local encontrado: _____

Observações:

ACIONAMENTO

Data: ___/___/___ Hora: ___:___ Responsável (nome e assinatura): _____

Motivo do acionamento ou outras observações:

CAPTURA

Data: ___/___/___ Hora: ___:___ Responsável (nome e assinatura): _____

Recebeu atendimento veterinário *in loco*? () Não () Sim, pela equipe embarcada () Sim, pela equipe técnica

Observações:

TRANSPORTE

Data: ___/___/___ Hora: ___:___ Responsável (nome e assinatura): _____

Meio de transporte: _____

Observações:

RECEBIMENTO

Data: ___/___/___ Hora: ___:___ Responsável (nome e assinatura): _____

Documento: _____

Local de destinação: _____

Observações:

DESTINAÇÃO FINAL

Data: ___/___/___ Hora: ___:___ Responsável (nome/assinatura): _____

Local de Destinação: _____ Documento: _____

Tipo: () Óbito () Soltura imediata () Relocação () Soltura após reabilitação () Transferência para cativeiro () Evasão () Outros

Observações:

COORDENADOR GERAL_____
MÉDICO VETERINÁRIO RESPONSÁVEL