

*Plano de Manejo de Aves em Embarcações
de Atividade de Pesquisa Sísmica - PMAVE*
Anexo II.8.4-1 - Planilha e Ficha PMAVE

PLANILHA PMAVE

Empreendimento:

Empreendedor:

Unidade Marítima:

Consultoria Responsável:

Número da ABIO:

OCORRÊNCIA				ANIMAL				INTERAÇÃO			DESTINAÇÃO			OBSERVAÇÕES	RUBRICA
Nº	Data	Hora	Origem	Espécie	Qtde	Estado	Ferido	C	A	O	Tipo	Data	Hora		

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

<p>OCORRÊNCIA</p> <p>Origem</p> <p>(1) Aglomeração de aves nas instalações da plataforma/embarcação;</p> <p>(2) Ave cuja presença ofereça risco à segurança operacional ou do animal;</p> <p>(3) Ave debilitada, ferida ou que necessite de atendimento veterinário;</p> <p>(4) Ave acidentalmente levada à instalação, cujo isolamento não permita o retorno à sua origem;</p> <p>(5) Carcaça de ave encontrada na área da plataforma/embarcação;</p> <p>(6) Outros</p> <p>ANIMAL</p> <p>Estado - Estado do animal: (V) Vivo, (M) Morto</p> <p>Ferido - Presença de ferimento no(s) animal(is): (N)Não, (S)Sim, (D)Desconhecido</p>	<p>INTERAÇÃO</p> <p>C - Houve colisão do(s) animal(is) com a estrutura: (N)Não, (S)Sim, (D)Desconhecido</p> <p>A - Houve aprisionamento do(s) animal(is) na estrutura: (N)Não, (S)Sim, (D)Desconhecido</p> <p>O - Presença de óleo no(s) animal(is): (N)Não, (S)Sim, (D)Desconhecido</p> <p>DESTINAÇÃO</p> <p>Tipo - (NI) Não houve interferência ou manipulação, (AF) Afugentamento, (SI) Soltura Imediata, (RE) Relocação, (TR) Transferência para Reabilitação, (OB) Transferência para Necropsia, (EV) Evasão, (OU) Outros.</p>
---	---

FICHA PMAVE			
Empreendimento:			
Empreendedor:		Consultoria Responsável:	
Unidade Marítima:		Número da ABIO:	
DADOS DO ANIMAL			
Nº Ocorrência:		ID Temporária:	ID Definitivo:
Espécie:		Sexo:	Macho Fêmea Indeterminado
Grupo etário: Neonato/Filhote Juvenil/Sub-adulto Adulto Senil			Estado: Vivo Morto
Atitude: BAR(alerta e ativo) QAR(alerta e quieto) NR(não responsivo)		Condição corporal: 1.esquelético 2.magro 3.bom 4.ótimo	
Houve colisão da aves com a instalação: Sim Não Não sabe		Presença de óleo: Sim Não Não sabe	
Houve aprisionamento da ave na instalação: Sim Não Não sabe		Ferimento visível: Sim Não Não sabe	
Observações clínicas ou comportamentais: _____			
PROCEDIMENTOS			
Data: _____ Hora: _____ Responsável (nome e assinatura) _____			
Origem: 1. aglomeração de aves 2. Presença de ave com risco à segurança			
3. Aves debilitadas, feridas ou que necessitem de atendimento			
4. Ave acidentalmente levada à instalação, cujo isolamento não permita o retorno à sua origem 5. Carcaças de aves			
6. Outros			
Coordenadas geográficas: _____			
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 <i>in loco</i> ? Não Sim, pela equipe embarcada Sim, pela equipe técnica			
Observações: _____			
TRANSPORTE			
Data: _____ Hora: _____ Responsável (nome e assinatura) _____			
Recebeu atendimento <i>in loco</i> ? Não Sim, pela equipe embarcada Sim, pela equipe técnica			
Observações: _____			
RECEBIMENTO			
Data: _____ Hora: _____ Responsável (nome e assinatura) _____			
Documento: _____			
Local de Destinação: _____			
Responsável (nome e assinatura): _____			
Observações: _____			
DESTINAÇÃO FINAL			
Data: _____ Hora: _____ Responsável (nome e assinatura) _____			
Local de Destinação: _____ Documento: _____			
Tipo: 1. Óbito 2.Soltura imediata 3. Relocação 4. Soltura após reabilitação 5. Transferência para cativeiro			
6. Evasão 7. Outros			
Observações: _____			
_____		_____	
COORDENADOR GERAL		MÉDICO VETERINÁRIO RESPONSÁVEL	