

FICHA PMAVE

| | |
|--------------------------|---------------------------------|
| Empreendimento: | |
| Empreendedor: | Consultoria Responsável: |
| 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 | |
| Atitude: BAR (alerta e ativo) QAR (alerta e quieto) NR (não responsivo) | Condição corporal: 1.caquético 2.magro 3.bom 4.ótimo | |
| Houve colisão da ave 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

AVISTAMENTO

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 *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: _____

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