

## INSTRUÇÃO NORMATIVA

**Nº 67/2025**

PONTE NOVA/MG, 28 de abril de 2025.

Institui o Manual de Procedimentos e Rotinas do Serviço de Inspeção Municipal – SIM, executado pelo Consórcio Intermunicipal Multissetorial do Vale do Piranga – CIMVALPI/MG.

O Presidente do CIMVALPI – Consórcio Intermunicipal Multissetorial do Vale do Piranga, no uso de suas atribuições legais,

### **RESOLVE:**

Art. 1º Fica instituído o Manual de Procedimentos e Rotinas do Serviço de Inspeção Municipal-SIM, executado pelo Consórcio Intermunicipal Multissetorial do Vale do Piranga – CIMVALPI/MG.

Parágrafo único. Institui a presente Instrução Normativa o Manual de procedimentos e modelos de rotinas do serviço anexo.

Art. 2º O Manual será encaminhado aos Médicos Veterinários responsáveis pelas inspeções locais como ferramenta auxiliar das rotinas de trabalho e fiscalização.

Art. 3º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

**Silvério Joaquim Aparecido da Luz**  
**Prefeito de Rio Doce**  
**Presidente do CIMVALPI**

**Manual de procedimentos e rotinas de  
inspeção local em estabelecimentos de  
produtos de origem animal registrados no  
Serviço de Inspeção Municipal – SIM executado  
pelo Consórcio Intermunicipal Multissetorial do  
Vale do Piranga**

## 1. SUMÁRIO

Este manual tem por finalidade auxiliar a inspeção local em sua organização e na realização das atividades. Orientar nos preenchimentos das planilhas de verificações, notificações, organizações, modelos de documentos utilizados nas rotinas de inspeção e demais controles inerentes à inspeção sanitária.

## 2. INTRODUÇÃO

Este manual visa orientar e padronizar os procedimentos e rotinas adotados pelo Serviço de Inspeção dos estabelecimentos com inspeção permanente e/ou periódica de produtos de origem animal, junto ao SIM-CIMVALPI. É dirigido aos Médicos Veterinários responsáveis pelas inspeções locais como ferramenta auxiliar das rotinas de trabalho e fiscalização.

## 3. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DO SERVIÇO DE INSPEÇÃO

### 3.1 Sede da inspeção

Nos estabelecimentos sob inspeção em caráter permanente, é obrigatória a cessão de sala exclusiva para instalação da sede da inspeção local. É responsabilidade do Médico Veterinário Oficial responsável pela inspeção local a organização e o zelo das dependências cedidas ao SIM-CIMVALPI nos abatedouros. As empresas são obrigadas a fornecer materiais à Inspeção, para seu uso exclusivo.

O Fiscal deve, assim, garantir que as dependências possuam mobiliários necessários (exemplo; escrivaninha, mesa, cadeiras, armários, cabides, e demais), computador com impressora e internet (sendo estes dispensados se não houver viabilidade técnica para tal, devidamente comprovada), material básico de escritório (papel, pastas, canetas, pranchetas, grampeador, calculadora e demais.) de trabalho (cronômetros, termômetros aferidos, luvas, kits para leitura de cloro livre, facas, chairas e demais) outros itens de conforto (geladeira, fogão, etc.) quando for o caso, respeitando as peculiaridades de cada local, tempo de permanência na empresa, número de pessoas, entre diversos. Cabe à empresa a limpeza e manutenção das dependências da inspeção.

O acesso às dependências é exclusivo aos funcionários da inspeção ou pessoas autorizadas pelo responsável. As dependências deverão permanecer chaveadas fora dos horários de abate ou, a critério do Médico Veterinário, deverá haver local para guarda segura de carimbos, lacres, documentos etc.

### 3.2 Uniformes

A empresa deve disponibilizar uniformes completos (calça, camisa, touca, macacão), limpos, em quantidade adequada e com troca diária para

todos que trabalham na inspeção. Também deve fornecer EPI (botas brancas, jaquetas, mangas plásticas, luvas, protetores auriculares, capacete, capa de chuva etc.) conforme a necessidade local.

### 3.3 Organização geral

O Médico Veterinário deve garantir a perfeita organização de todos os documentos e materiais inerentes ao Serviço, como notificações, ofícios, documentos recebidos, planilhas de verificação, análises e demais, separados por pastas devidamente identificadas para estarem prontamente disponíveis para consulta local ou de supervisão. Deverão permanecer afixadas em painel ou parede em local de fácil visualização, cópia do título de registro e lista de produtos registrados.

Os documentos relativos à empresa deverão ser armazenados na sala exclusiva da inspeção local.

### 3.4 Do arquivamento na sala de inspeção local em estabelecimentos de inspeção permanente

Para o arquivamento físico de documentos, devem ser utilizadas, de preferência, as seguintes pastas:

- a) Ofícios;
- b) Laudos Técnicos de Condenação;
- c) Planilha de Controle de Carcaça em TF (Anexo I);
- d) Planilhas de Verificação *in loco*;
- e) Planilhas de Verificação Documental;
- f) Planilhas de Procedimento Padrão de Higiene Operacional Pré-abate;
- g) Relatório de Não Conformidade (RNC);
- h) Controle de Pragas (relatórios das empresas terceirizadas);
- i) Certificados de Origem para Produto Não Comestível;
- j) Memorial Descritivo de Processo de Fabricação,
- k) composição, Rotulagem e Aprovação de Rótulos;
- l) Programas de Autocontrole;
- m) Registro de Recebimento de Matéria-Prima;
- n) Outros documentos.

Sempre que necessário, os documentos devem ser retirados das pastas em que estão guardados para serem arquivados em caixa arquivo. Todos os documentos permanecerão arquivados por, pelo menos, 5 (cinco) anos.

### **3.5 Do arquivamento, na sede do SIM- CIMVALPI, de documentos de estabelecimentos de inspeção permanente.**

Para o arquivamento em sistema eletrônico ou, quando for o caso físico dos documentos, devem ser utilizadas, de preferência, as seguintes pastas:

- a) Documentação de Aprovação de Projetos e Obtenção de Registro no SIM;
- b) Memorial Descritivo do Processo de Fabricação, Composição, Rotulagem e Aprovação de Rótulos;
- c) Informativo de Abate e Inspeção *Ante mortem*;
- d) Mapa Nosográfico de Condenação;
- e) Guias de Trânsito Animal/GTA;
- f) Análises Laboratoriais de Água e Produtos de Origem Animal;
- g) Programas de Autocontrole;
- h) Controle de Entrada e Uso de Produtos/Controle de Produtos Comercializados;
- i) Outros documentos que forem necessários.

As GTA devem ser arquivadas diariamente na sala da inspeção local após lançamentos dos dados enviados para a Agência de Defesa Agropecuária de Minas Gerais (IMA), via site do Sistema de Defesa Agropecuária. Todos os documentos permanecerão arquivados por, pelo menos, 5 (cinco) anos.

### **3.6 Do arquivamento, na sede do, SIM, de documentos de estabelecimentos de inspeção periódicos.**

Para o arquivamento em sistema eletrônico ou, quando for o caso físico dos documentos, devem ser utilizadas, de preferência, as seguintes pastas:

- a) Documentação de Aprovação de Projetos e Obtenção de Registro no SIM;
- b) Memorial Descritivo de Processo de Fabricação, Composição, Rotulagem e Aprovação de Rótulos;
- c) Verificação *in loco*/Verificação documental;
- d) Controle de Pragas;

- e) Análises Laboratoriais de Água e Produtos de Origem Animal;
- f) Programas de Autocontrole;
- g) Controle de Entrada e Uso de Produtos/Controle de Produtos Comercializados;
- h) Outros documentos.

Sempre que necessário, os documentos devem ser retirados das pastas em que estão guardados para serem arquivados em caixa arquivo. Todos os documentos permanecerão arquivados por, pelo menos, 5 (cinco) anos.

#### **4. DOCUMENTOS OFICIAIS DA INSPEÇÃO**

As comunicações para a empresa ou para “fora” do Serviço devem ser feitas por meio de ofícios. Os ofícios gerados no Serviço de Inspeção devem seguir o Manual de Gerenciamento de Documentos do SIM-CIMVALPI. Os documentos endereçados à empresa ou autos de qualquer natureza (infração, multa, suspensão, liberação etc.) devem sempre ser recebidos e assinados pelo representante legal do estabelecimento ou alguém por ele autorizado.

Fica a critério do responsável pela inspeção local, em casos específicos e de menor importância, comunicações diretas, por exemplo, ao setor de qualidade ou RT da empresa.

Todos os documentos oriundos da empresa ou de terceiros deverão ser protocolados com a inscrição “recebido em (data)”, além da assinatura do funcionário da inspeção que o recebeu, e, se possível, o carimbo do mesmo.

Todas as cópias de documentos recebidas pelo Serviço Oficial deverão ser conferidas com os originais e conter a inscrição “confere com o original”, além de carimbo e assinatura do funcionário da inspeção que o recebeu após comprovar sua autenticidade conforme o documento original. Abaixo segue a descrição e uso dos documentos regulares da inspeção local e a forma de organização dos documentos em geral:

##### **4.1 Ofício**

Utilizado na comunicação entre a inspeção e a empresa ou terceiros. Normalmente utilizado para fazer solicitações ou comunicações de qualquer natureza, ou repasse de informações do SIM- CIMVALPI.

Uma cópia sempre deve ser arquivada na pasta específica de documentos emitidos pela inspeção local, após a devida ciência por escrito do destinatário no próprio documento.

##### **4.2 Relatório de Não Conformidade (RNC)**

Utilizado para comunicação à empresa de não conformidade em alguma verificação realizada pela inspeção. O prazo de retorno da notificação devidamente preenchida com as ações corretivas propostas deve ser acordado previamente com o SIM.

Deve se limitar à descrição da não conformidade, data da ocorrência e, se for o caso, às ações fiscais tomadas pela inspeção. A definição da ação corretiva a tomar é de responsabilidade da empresa.

Após o retorno do RNC, cabe ao Médico Veterinário a análise e a aceitação ou não das medidas propostas, relacionando suas conclusões no verso da folha, se necessário.

Nos casos em que as ações corretivas e/ou preventivas adotadas pela empresa não sejam satisfatórias, ou não forem respeitadas, deverá a inspeção local marcar no campo 8 do documento "Resposta a Relatório de Não Conformidade" (Verificação da correção da não conformidade) como "não efetivas", descrevendo no verso da folha o motivo do retorno do RNC, a data da revisão e a assinatura do Médico Veterinário que avaliou a não conformidade.

O estabelecimento deverá responder às novas ações tomadas e às ações preventivas, quando necessárias, e também aos novos prazos, os quais serão analisados pela inspeção local novamente.

Após sanada a não conformidade, o RNC é encerrado e arquivado em pasta específica. O RNC será elaborado pela inspeção local e enviado à empresa impresso ou em arquivo PDF. A empresa, por sua vez, deve responder às não conformidades em arquivo próprio fornecido pelo SIM denominado "Resposta a Relatório de Não Conformidade".

Os RNC devem ser preenchidos e entregues às empresas sempre que forem encontrados problemas que ponham em risco a inocuidade, integridade, qualidade e identidade do produto, ou quando forem encontrados desvios, durante as verificações *in loco* ou documentais. Irregularidades graves e recorrentes podem resultar em adicional ação administrativa e legal.

#### 4.3 GTA

As GTA ficarão arquivadas na sala da inspeção local, ou seja, do estabelecimento conforme descrito anteriormente. Preferencialmente, os animais constantes na GTA devem ser abatidos em sua totalidade, não sendo desejável seu fracionamento.

O estabelecimento deve adquirir e receber animais conforme sua capacidade de abate.

Quando da impossibilidade de abater todo o lote, deve ficar descrito, no informativo de abate, o número de animais abatidos e o número de animais restantes, com seu respectivo número da GTA. Nesse caso, a inspeção local deve verificar o arraçãoamento dos animais.

## 5. DEFESA NO ABATE DE SUÍNOS

Com relação à defesa sanitária, a inspeção local deve atentar para animais com lesões compatíveis com doenças hemorrágicas. O Serviço de Inspeção Oficial, por ocasião da inspeção das vísceras dos animais abatidos, comunicará imediatamente ao Serviço Veterinário Oficial a ocorrência de lesões múltiplas que sejam compatíveis com doenças hemorrágicas, identificando a carcaça correspondente.

A origem deste suíno será rastreada pelo Serviço Veterinário Oficial. Os lotes de suínos para abate devem ser acompanhados de boletim sanitário (Anexo II), o qual deve transcrever informações constantes na ficha de acompanhamento do lote, o mesmo se aplica para as aves (anexo III)

Deverá ser emitido e assinado pelo responsável pela segurança sanitária dos animais. Poderá ser utilizado o modelo de certificado oficial do Serviço de Inspeção Federal, ao contemplar os mesmos dados exigidos no certificado sanitário do SIM-CIMVALPI.

Para mais informações, leia o Manual de Padronização de Monitoramento em Matadouros-frigoríficos de suídeos disponibilizado pelo Programa Nacional de Sanidade dos Suídeos.

## 6. ANÁLISES

As coletas devem ser realizadas, conforme o cronograma que consta na sede do SIM- CIMVALPI. Caso a empresa não esteja produzindo o produto solicitado, ou por qualquer outro motivo que a fiscalização local julgar necessário, poderá alterar o produto a ser coletado.

Se por algum motivo a coleta e a análise não forem realizadas, a fiscalização deve fazer uma justificativa, em forma de ofício, informando o motivo da não realização da análise.

Os laudos das análises devem ser anexados na pasta de análises laboratoriais de cada estabelecimento e devem ser marcadas as opções disponíveis nos resultados das análises e nas providências a serem tomadas, conforme o resultado obtido.

As instruções de como proceder às coletas e documentações referentes a este quesito estão disponíveis na instrução normativa referente a Análise Laboratorial conforme é definido pelo SIM-CIMVALPI que Estabelece os critérios, a frequência da verificação oficial por meio de análises laboratoriais da água de abastecimento e dos produtos de origem animal e respectivos parâmetros físico-químicos e microbiológicos, manual de coleta, certificados e solicitações oficiais de análises e lista de análises ou outras do Consórcio Intermunicipal Multissetorial do Vale do Piranga-CIMVALPI que a substituírem.

## 7. PROGRAMA DE VERIFICAÇÃO OFICIAL

### 7.1 Dos Deveres do Servidor Oficial

É obrigação da inspeção local conhecer o processo de fabricação de todos os produtos de cada estabelecimento sob sua inspeção, devendo, para tanto, acompanhar e avaliar rotineiramente seus processos. Deve ter conhecimento e controle sobre a matéria-prima e insumos utilizados, além de conhecer os Programas de Autocontrole da empresa e verificar todos os elementos de controle descritos nos mesmos.

A verificação oficial dos programas da empresa se dará por verificação *in loco* dos elementos de controle e verificação documental dos registros da empresa, tentando identificar alguma não conformidade por problemas sanitários ou fraude econômica, assim como desvios do programa da empresa, que coloque em risco a qualidade do produto.

O responsável pela Inspeção Local, em suas atividades, deve preencher as Planilhas de Verificação Oficial, Relatório de Não Conformidades (RNC) e Autos de Infração.

Os documentos devem ser preenchidos de forma digital ou à caneta e sempre devem ser rubricados e/ou assinados à caneta, não devendo ser passados a limpo, evitando-se rasuras. Quando ocorrerem erros no preenchimento das planilhas, esses deverão ser colocados entre parênteses, transcrito o valor correto e rubricado pelo avaliador.

Sendo observadas não conformidades (NC), essas devem originar Relatórios de Não Conformidades (RNC), conforme descrito anteriormente. O RNC poderá gerar um Auto de Infração quando:

- a) O RNC não for respondido no prazo estipulado. Respostas insatisfatórias devem ser devolvidas e tratadas como não respondidas.
- b) A ação corretiva não tiver sido eficiente;
- c) Não forem cumpridos os prazos propostos, por descaso;
- d) Após reincidência(s) dos RNC.
- e) Sempre que for constatada uma NC, ela deve ser seguida de uma ação fiscal.

### 7.2 Da inspeção periódica

O responsável pela inspeção local de estabelecimentos com inspeção periódica deve comparecer em cada estabelecimento sob sua inspeção conforme a instrução normativa referente ao risco estimado do estabelecimento, ou outras que a substituam.

O fiscal deve solicitar às empresas uma relação com dias e horários de produção a fim de otimizar a fiscalização.

O fiscal responsável também poderá realizar outras visitas aos estabelecimentos, que não estejam nas frequências previstas na instrução normativa referente ao risco estimado do estabelecimento, contanto que sejam previamente aprovadas pelo Coordenador do Serviço de Inspeção.

Estas visitas visam à orientação de procedimentos e rotinas de estabelecimentos novos, auxílio nas instruções de remodelações/reformas estruturais que porventura o estabelecimento tenha interesse em realizar, para a apuração de denúncias, entre outros.

### **7.2.1 Volume de produção e frequência mínima de fiscalização para análise de risco.**

O volume de produção (RV) e a frequência mínima de fiscalização com base no risco estimado associado ao estabelecimento (R) seguirão ao descrito na instrução normativa própria do Consórcio Intermunicipal Multissetorial do Vale do Piranga-CIMVALPI, devido à necessidade de adaptação ao volume de produção dos estabelecimentos registrados no SIM-CIMVALPI.

### **7.3 Da rotina anterior ao abate em Inspeção Permanente.**

O responsável pela inspeção local DEVE comparecer diariamente ao abatedouro frigorífico e chegar antes do início das atividades para realizar a verificação *ante mortem* e dos setores para liberação, conforme planilha de PPHO Pré-Abate (ANEXO IV e de Cloração de Água (Anexo V).

Quando o estabelecimento não tiver abate diário, este deve solicitar à empresa relação com dias e horários de abate.

### **7.4 Da inspeção Ante e Post Mortem**

Para o início do abate, o Serviço de Inspeção Oficial deve estar de posse do Informativo de Abate (Anexo VI), que contém informações sobre os lotes a serem abatidos, como a procedência, a espécie e a quantidade de animais.

A inspeção *ante mortem* será realizada somente após a avaliação documental além disso, deverá ser preenchido o Formulário de controle de matéria prima conforme a espécie (anexo VII), deverá ser observando inicialmente os seguintes itens na documentação:

- a) Lote dos animais;
- b) nº GTA (Guia de Trânsito Animal);
- c) Curral ou pocilga em que se encontram os animais;
- d) Nome do produtor;
- e) Procedência (município);

- f) Horário de desembarque;
- g) Total de animais;
- h) Horário de liberação;
- i) Se houve tratamento(s) medicamentoso(s), verificar se os medicamentos utilizados e se foram respeitados os períodos de carência definidos.

Na inspeção *ante mortem* junto à plataforma de observação se observará o lote, a movimentação dos animais, possíveis claudicações, a necessidade de segregar algum animal para o curral de observação, podendo detectar doença que não seja possível a identificação no exame *post mortem*, especialmente, as que afetam o sistema nervoso e identificar lotes com suspeitas de problemas que, comprovadamente, justifiquem redução na velocidade normal de abate, para exame mais acurado ou abate de emergência.

Na inspeção *ante mortem*, deverão também ser observadas as condições de alojamento dos animais, com atenção para a lotação e acesso à água. Deve ser preenchida, para o início do abate, a Planilha de Registro Diário de Condenações de suínos (ANEXO IX), de bovinos/bubalinos (ANEXO X), de ovinos/caprinos (ANEXO XI) ou de aves (ANEXO XII) a fim de lançar os dados referentes ao abate.

Esse lançamento deve ser diário e o arquivamento das fichas ocorrer conforme descrito anteriormente. Quando forem abatidos no mesmo dia animais de espécies diferentes, deverá ser preenchida uma Planilha de Registro Diário de Condenações para cada espécie.

Para o preenchimento da Planilha de Registro Diário de Condenações, deverão ser registradas na planilha as lesões encontradas na linha de abate, nos seus respectivos lotes, que poderão ser preenchidas pelo auxiliar de inspeção responsável.

## 8. PREPARAÇÃO DA INSPEÇÃO LOCAL

Antes de iniciar os trabalhos de Verificação Oficial dos Programas de Autocontrole do estabelecimento, a Inspeção Local deve assegurar-se de que:

- a) Conhece plenamente o entendimento com relação aos Programas de Autocontrole do estabelecimento e leu os manuais;
- b) Conhece os programas desenvolvidos pela empresa, as formas de monitoramento dos Programas de Autocontrole, ações corretivas e os respectivos modelos dos registros (planilhas);
- c) Dispõe de instrumentos necessários à realização e documentação dos achados de inspeção.

Atendidas estas três condições preliminares, a inspeção local está apta a desenvolver a Verificação Oficial do Programa de Autocontrole da empresa.

## **9. PLANILHAS DE VERIFICAÇÃO OFICIAL DOS ESTABELECIMENTOS SOB INSPEÇÃO PERMANENTE**

### **9.1 PPHO Pré-Abate e Cloração da água**

Verificação diária, com preenchimento das informações no momento em que está sendo realizada a verificação. Devem ser verificadas 100% das seções do estabelecimento antes do início das atividades, das trocas de turnos e do retorno dos intervalos.

Em qualquer circunstância, se a inspeção local suspeitar que uma determinada seção apresente alguma deficiência, esta deverá ser verificada.

A verificação das seções deverá incluir todos os equipamentos, forro, paredes, piso, ralos e outras estruturas presentes.

Deverá ser registrado o horário de início da verificação, da resolução das não conformidades encontradas e o horário de liberação.

Os trabalhos de verificação da Inspeção Local serão realizados mediante a observação, a inspeção visual e a comparação dos achados da inspeção com os registros do estabelecimento em questão.

O início das atividades fica condicionado à vistoria prévia e liberação diária das instalações pela inspeção. Deve ser cobrada a higienização minuciosa das instalações e equipamentos.

Antes da liberação do abate, deve ser verificado o nível de cloro residual livre coletado em 1 (um) ponto da rede clorada do estabelecimento e documentado na planilha específica. O controle da cloração de água e do pH é fundamentado na mensuração do cloro livre e do pH nos pontos previamente definidos e mapeados pela indústria, devendo estes atender aos parâmetros de potabilidade de água, conforme portaria GM/MS n.º 888, de 4 de maio de 2021, ou outras que a substituam.

Durante a verificação pré-operacional, não será aceito nenhum tipo de sujidade, acúmulo de água ou condensação. Quando encontrado resultado não conforme (NC), este deve ser assinalado.

Na coluna da ação fiscal, enumerar a NC e descrevê-la no espaço apropriado, ou no verso da folha, a NC encontrada, a ação fiscal, o(s) procedimento(s) adotado(s) pela empresa e a(s) nova(s) verificação(ões). Será colocado o horário específico da NC verificada na coluna da primeira folha dessa planilha e os demais campos que não tiverem não conformidade deverão ser anulados com um traço.

O início das atividades somente ocorrerá após sanadas todas as não conformidades encontradas. A realização do *checklist* pela inspeção deverá sempre ser acompanhada por funcionário da empresa que tenha capacidade

e/ou poder de aplicar ações corretivas quando necessário (auxiliar da qualidade, líder).

O início da verificação por parte da inspeção somente ocorre após a empresa já ter concluído a higienização das instalações e o seu monitoramento, declarando as instalações aptas para realização do *checklist* da inspeção.

Durante a realização da verificação oficial, as instalações deverão permanecer vazias e com seus respectivos equipamentos abertos e/ou desmontados. Somente após a liberação da seção pela inspeção é que a empresa procederá ao abastecimento de caixas plásticas, facas, montagem de equipamentos e acesso de funcionários ao setor.

Em caso de não conformidades graves ou repetidas, preencher a RNC objetivando a resolução permanente da situação observada.

## 10. VERIFICAÇÃO OFICIAL “IN LOCO”

### 10.1 Inspeção Permanente

Os estabelecimentos que realizam abate possuem inspeção permanente em razão dos riscos sanitários envolvidos nas atividades de abate, e da necessidade de exames *ante e post mortem* obrigatórios para que se tenha a garantia de sanidade dos rebanhos e das carcaças produzidas.

Fica definido que a frequência das verificações oficiais *in loco* seja realizada diariamente, abrangendo os procedimentos executados e os registros gerados pelo monitoramento e verificação previstos nos autocontroles do estabelecimento, além de outros documentos de suporte.

Em caso de não conformidades observadas, deve-se preencher um RNC para cada situação encontrada.

### 10.2 Inspeção Periódica

O responsável pela inspeção local de estabelecimentos com inspeção periódica de pescados, ovos, carnes, mel, leite e derivados deve comparecer em cada estabelecimento sob sua inspeção, conforme a instrução normativa de risco estimado do estabelecimento ou outras que substituam-na.

O fiscal deve solicitar às empresas uma relação com dias e horários de produção a fim de otimizar a fiscalização dos mesmos.

Fica definido que a frequência das verificações oficiais *in loco* seja de 100% das seções do estabelecimento, abrangendo os procedimentos executados e os registros gerados pelo monitoramento e verificação previstos nos autocontroles do estabelecimento, além de outros documentos de suporte.

### 10.3 Elementos de controle

Na verificação oficial, deverão ser consideradas, entre outras, as seguintes orientações em cada elemento de controle:

#### **10.3.1 Manutenção das instalações e equipamentos industriais (Incluindo calibração e aferição)**

Avaliar se as AI, suas instalações, equipamentos e seus utensílios foram localizados, projetados e construídos para permitir a fácil manutenção e higienização, e funcionam conforme o uso pretendido e para minimizar a contaminação cruzada, e estão em condições sanitárias de operação.

Avaliar se as AI dispõem de instrumentos ou equipamentos calibrados, ou aferidos, que funcionem consoante o uso pretendido e se estão devidamente identificados.

#### **10.3.2 Iluminação e Ventilação**

Avaliar se as AI dispõem de iluminação natural ou artificial com intensidade suficiente, segundo a natureza da operação, inclusive nos pontos de inspeção ou reinspeção.

Avaliar se as AI dispõem de ventilação natural ou mecânica para minimizar a contaminação por meio do ar, controlar a temperatura ambiente, a umidade e os odores que possam afetar os produtos de origem animal e impedir que o ar flua de áreas contaminadas para áreas limpas, bem como impeça a formação de condensação.

#### **10.3.3 Água de Abastecimento e Águas Residuais**

Avaliar se o estabelecimento dispõe de água potável em quantidade suficiente para o desenvolvimento de suas atividades, com instalações adequadas para seu armazenamento e distribuição.

Avaliar se o estabelecimento dispõe de pontos de coleta de água identificados e representativos do sistema de captação após o tratamento, reservatório e distribuição da água, e nos equipamentos que se fizerem necessários.

Avaliar se o vapor e o gelo que entram em contato direto ou indireto com os produtos de origem animal foram obtidos para garantir sua inocuidade.

Mensurar o cloro residual livre e o pH dos pontos de coleta.

Avaliar se as AI dispõem de sistema de recolhimento de águas residuais que facilite o recolhimento e possa drenar o volume produzido, bem como se pode prevenir eventuais refluxos de água que possam contaminar a rede de abastecimento de água potável.

#### **10.3.4 Higiene Industrial e Operacional**

Avaliar se os procedimentos de limpeza e sanitização garantem que as UI sejam limpas e sanitizadas durante as operações, consoante a natureza do processo de fabricação. A avaliação abrange a implementação, o monitoramento, a verificação e as ações corretivas.

A implementação traduz-se na execução dos procedimentos descritos no plano, envolvendo a metodologia empregada e suas etapas, material utilizado, e tempo de contato, tipo e concentração dos agentes sanitizantes.

O monitoramento operacional consiste em avaliar se a UI mantém ou não as condições sanitárias durante as operações, ou seus intervalos.

A verificação consiste em avaliar se o monitoramento ou se a implementação está sendo realizada da forma adequada conforme plano escrito.

As ações corretivas devem ser avaliadas frente às não conformidades detectadas, considerando:

- I. As medidas corretivas identificam e eliminam a causa do desvio?
- II. As medidas adotadas restabelecem as condições higiênico-sanitárias do produto?
- III. As medidas preventivas adotadas evitam a recorrência de desvios?
- IV. As medidas de controle adotadas garantem que nenhum produto que possa causar danos à Saúde Pública, ou que estejam adulterados, fraudados ou falsificados, chegue ao consumo.

### **10.3.5 Hábitos Higiênicos e Saúde dos Colaboradores**

Avaliar se os manipuladores que entram em contato direto ou indireto com os produtos de origem animal adotam práticas higiênicas e de asseio pessoal, e são submetidos a controle ou avaliação de saúde.

Avaliar se os manipuladores que entram em contato direto ou indireto com os produtos de origem animal são treinados considerando as atividades que desempenham.

### **10.3.6 Procedimentos Sanitários Operacionais — PSO**

Avaliar se os procedimentos sanitários operacionais foram mapeados considerando o processo produtivo.

Avaliar se os procedimentos sanitários operacionais estão sendo executados conforme previsto no programa escrito, para evitar a contaminação cruzada do produto.

### **10.3.7 Controle Integrado de Pragas**

Avaliar se o controle ou o programa é eficaz e contínuo, para evitar o acesso, a presença e a proliferação de pragas na área do complexo industrial.

Avaliar *in loco* as armadilhas, seu monitoramento, as barreiras físicas contra o acesso de pragas e o perímetro do estabelecimento.

### **10.3.8 Controle de matéria-prima, ingredientes e material de embalagem.**

Avaliar se há procedimentos especificando os critérios utilizados para a seleção, recebimento e armazenamento da matéria-prima, ingredientes e embalagens.

Os procedimentos devem prever o destino a ser dado às matérias-primas, ingredientes e embalagens reprovados no controle efetuado.

Neste elemento, devem ser considerados matéria-prima também os animais destinados ao abate e toda a documentação de suporte da produção primária.

Avaliar se há procedimentos quanto ao recebimento, identificação, armazenamento e controle do uso das matérias-primas destinadas ao aproveitamento condicional.

As embalagens utilizadas em produtos esterilizados devem ser avaliadas quanto à resistência e selagem ou regravação.

### **10.3.9 Controle de temperaturas**

Avaliar se há controle de temperatura de ambientes, equipamentos, operações e produtos/matérias-primas, segundo a natureza da operação.

Mensurar as temperaturas de ambientes, equipamentos, operações e de produtos/matérias-primas, conforme o caso.

Nos processos produtivos que envolvam cozimento, deve ser avaliada a validação térmica correspondente e o cozimento propriamente dito no elemento de controle do APPCC quando este for considerado um PCC.

### **10.3.10 Controle de formulação de produtos e combate à fraude.**

Avaliar se a formulação, o processo de fabricação e o rótulo estão conforme o registrado e se garantem a identidade, qualidade, segurança higiênico-sanitária e tecnológica do produto de origem animal.

Na formulação, deve-se observar se a composição do produto registrada corresponde ao constatado *in loco*. Verificar se os aditivos e ingredientes foram adicionados respeitando a concentração ou quantidade aprovadas.

Verificar se a matéria-prima empregada corresponde realmente a declarada seja na sua natureza ou quantidade (Exemplo: troca de espécies do pescado, uso de CMS em quantidade acima do permitido ou em produtos em que seu uso é proibido, adição de soro de leite, adição de temperos seja por injeção ou tangleamento).

No processo de fabricação, deve-se observar se os parâmetros indicados no processo produtivo foram respeitados conforme a natureza do produto, exemplo: se o produto for maturado, o tempo e as condições de maturação, se o produto for defumado, o método de defumação empregado, se o produto for salgado, o tempo de salga.

Realizar as análises preconizadas para cada tipo de produto para avaliar a conformidade *in loco* de matérias-primas e produtos. Exemplo: *dripping test*, absorção em carcaça de aves, teste em recepção de leite cru refrigerado, histamina em pescado, metabissulfito em camarão.

Deve ser verificado se o rótulo (croqui) utilizado *in loco* corresponde ao registrado.

#### 10.3.11 Análises Laboratoriais

Avaliar se as análises de parâmetros físico-químicos e microbiológicos dos produtos e da água de abastecimento, incluindo água potável e gelo, são realizadas nas frequências previstas, em laboratórios de autocontrole ou credenciados, conforme o caso, garantindo assim que alimentos estejam aptos para o consumo humano e cumpram as especificações aplicáveis aos produtos acabados conforme disposto na legislação vigente.

Avaliar as ações adotadas pela empresa frente a resultados não conformes.

#### 10.3.12 Rastreabilidade e recolhimento de produtos (recall)

Avaliar os procedimentos de rastreabilidade dos produtos de origem animal, bem como da matéria-prima e ingredientes que lhe deram origem, em todas as etapas da produção e distribuição. A rastreabilidade pode ser avaliada a partir do produto final elaborado até sua matéria-prima ou a partir da matéria-prima utilizada até o produto elaborado.

A avaliação da rastreabilidade deve ainda compreender as etapas de segurança definidas e validadas pelo estabelecimento no sentido de resguardar seu processo produtivo do uso de matérias-primas não autorizadas ou habilitadas para determinado produto ou mercado.

Avaliar se o estabelecimento dispõe de programa de recolhimento e, em caso de não conformidade detectada que motive o recolhimento, se a produção foi devidamente recolhida e se recebeu a destinação adequada.

### **10.3.13 Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle (APPCC)**

Avaliar se há implantado o sistema de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle, conforme a natureza da operação. O sistema APPCC pode ser verificado nas seguintes etapas:

Monitoramento: deve-se avaliar os procedimentos por observação direta do operador da empresa, responsável pelo monitoramento, ou realizar a mensuração do limite crítico diretamente.

Verificação: deve-se avaliar os procedimentos por observação direta do operador da empresa, responsável pela verificação, ou realizar a mensuração do limite crítico diretamente.

Ação corretiva/preventiva—deve-se avaliar as ações executadas considerando:

I As medidas corretivas identificam e eliminam a causa do desvio?

II As medidas adotadas restabelecem as condições higiênico-sanitárias do produto?

III As medidas preventivas adotadas evitam a recorrência de desvios?

IV As medidas de controle adotadas garantem que nenhum produto que possa causar danos à saúde pública, ou que estejam adulterados, fraudados ou falsificados, chegue ao consumo?

Deve ser avaliada a validação periódica do APPCC e seus resultados. No caso de estabelecimentos de abate, a mensuração do PCC de contaminação fecal, ingesta e leite em carcaças é obrigatória.

### **10.3.14 Bem-estar Animal**

Avaliar se os procedimentos adotados pelo estabelecimento de abate referente ao transporte, desembarque, lotação, descanso, condução, imobilização/contenção, insensibilização, sangria, escaldagem/esfola adotados são executados de acordo com seu plano escrito bem como atendem o disposto na Portaria n.º 365 de 16 de julho de 2021 do MAPA, ou outras que a substituam.

### **10.3.15 Identificação, remoção, segregação e destinação do material especificado de risco (MER)**

Avaliar se o estabelecimento que abate ruminantes está atendendo seu plano escrito de MER em todas as etapas, bem como se está compatível com o disposto na Portaria SDA n.º 651, de 8 de setembro de 2022, ou outras que a substituam.

## 11. VERIFICAÇÃO OFICIAL DOCUMENTAL

A verificação documental em estabelecimento de fiscalização permanente deverá ser realizada mensalmente. Em estabelecimentos de inspeção periódica ocorrerá conforme análise de risco e de acordo com a instrução normativa que estabelece a frequência de realização de verificação oficial dos programas de autocontroles nos estabelecimentos registrados no Serviço de Inspeção Municipal executado por meio do Consórcio Intermunicipal Multissetorial do Vale do Piranga–CIMVALPI. Os formulários utilizados ou outros que vierem a substituí-lo; caso a frequência mínima de fiscalização seja classificada em bimestral ou menor, será realizada na mesma frequência.

Consiste na revisão dos registros do estabelecimento para comparação com os achados da verificação *in loco*, revisando as planilhas em dias alternados de registros gerados pela empresa no período avaliado, distintos ou não, para cada elemento de controle.

As não conformidades encontradas e anotadas na planilha deverão ser respondidas pelo estabelecimento em plano de ação, o qual deverá ser respondido em no máximo dez dias a partir da data em que a verificação documental for recebida pelo estabelecimento.

O plano de ação deverá conter os seguintes itens: elemento de controle e número, deficiência registrada, medida corretiva proposta ou realizada, data proposta ou de realização, medida preventiva proposta ou realizada, data proposta ou de realização, data e resultado da verificação oficial (atendido, não atendido, no prazo), rubrica do servidor do, SIM, responsável pela verificação oficial.

## 12. CERTIFICADO DE ORIGEM PARA PRODUTO NÃO COMESTÍVEL

Documento que atesta que a origem de produtos não comestíveis, como o couro e a bile, provém de estabelecimento registrado em serviço de inspeção oficial (ANEXO XIV). Deve ser preenchido sempre ao final do abate, indicando a quantidade gerada.

## 13. CONTROLE DE MATÉRIAS-PRIMAS

O estabelecimento deverá entregar mensalmente o Formulário de Controle de Entrada e Uso de Produtos (ANEXO XV).

### 13.1 REGISTRO DE RECEBIMENTO DE MATÉRIA-PRIMA

Para os estabelecimentos com SISBI a origem da matéria-prima obrigatoriamente deverá ser com SISBI ou SIF. Para os estabelecimentos sem SISBI que poderão comercializar no âmbito do Consórcio Intermunicipal Multissetorial do Vale do Piranga-CIMVALPI, a matéria-prima poderá ser, SIM, pertencente ao CIMVALPI, SIE, SISBI ou SIF.

Toda recepção de matéria-prima que ocorrer na presença do Serviço de Inspeção deverá ser acompanhada pelo Serviço e deverá ser preenchido o Registro de Recebimento de Matéria Prima (anexo XVI).

O lacre deverá estar íntegro no momento da conferência, não demonstrando ter nenhuma alteração ou indício de violação da carga, deverá apresentar a numeração sequencial compatível com a numeração disposta na nota fiscal, bem como a temperatura e as condições higiênicas serem compatíveis com as características do produto (por exemplo: carcaças resfriadas deverão apresentar a temperatura mínima de 7 °C).

Também deverão estar em conformidade com seus respectivos regulamentos técnicos de identidade e qualidade, quando houver. O volume e peso da carga deverão ser compatíveis com as apresentadas nas notas fiscais.

Em caso de não conformidade em que haja potencial risco à segurança alimentar, à integridade ou qualidade do produto, bem como indício de fraudes ou falsificação da carga, esta deverá ser novamente lacrada, com lacre oficial e numerado da inspeção local, e enviado a carga de volta à sua origem, relatando oficialmente o motivo da devolução da carga ao Serviço de Inspeção de origem do produto.

#### **14. CONTROLE DE PRODUTOS COMERCIALIZADOS**

O estabelecimento deverá entregar mensalmente o formulário de controle de recebimento de matéria-prima, produtos produzidos e produtos comercializados (ANEXO XVIII), contendo todos os produtos comercializados no mês, em quilos, além de identificar quais produtos estão atualmente em seu estoque.

#### **15. SOLICITAÇÃO OFICIAL DE ANÁLISE (SOA)**

As amostras de produtos e água coletados nos estabelecimentos deverão ser acompanhadas pela SOA, que conterá informações sobre o estabelecimento e a amostra coletada, preenchendo também a cinta que deverá ser lacrada juntamente com a amostra, conforme a instrução normativa que Estabelece os critérios, a frequência da verificação oficial por meio de análises laboratoriais da água de abastecimento e dos produtos de origem animal e respectivos parâmetros físico-químicos e microbiológicos, manual de coleta, certificados e solicitações oficiais de análises e lista de análises.

Caso seja utilizado o modelo de requisição padrão do laboratório credenciado, serão seguidas as recomendações dele. Os campos não utilizados deverão ser preenchidos com NA–Não se aplica.

#### **16. CONSIDERAÇÕES FINAIS**



Espera-se que as orientações contidas neste documento auxiliem os Fiscais do Serviço de Inspeção Municipal (SIM) a desempenhar suas atividades nos estabelecimentos de produtos de origem animal de forma padronizada e sistemática. Considerando-se, sempre, que a responsabilidade pela qualidade, integridade, inocuidade e identidade do alimento produzido é da própria empresa, e a função, SIM, é de verificadora dos Programas de Autocontrole desta.



**ANEXO I**

**PLANILHA DE CONTROLE DE CARÇAÇA EM TF**

Estabelecimento: \_\_\_\_\_

\_\_SIM: \_\_\_\_\_

Nº Lacre: \_\_\_\_\_ Nº do Laudo: \_\_\_\_\_

Data de entrada da carcaça: \_\_\_\_\_ Data de Saída da carcaça: \_\_\_\_\_

Fiscal

Responsável:

| Data | Hora | Temperatura | C ou NC | Providência | Assinatura |
|------|------|-------------|---------|-------------|------------|
|      |      |             |         |             |            |
|      |      |             |         |             |            |
|      |      |             |         |             |            |
|      |      |             |         |             |            |
|      |      |             |         |             |            |
|      |      |             |         |             |            |
|      |      |             |         |             |            |
|      |      |             |         |             |            |
|      |      |             |         |             |            |
|      |      |             |         |             |            |
|      |      |             |         |             |            |
|      |      |             |         |             |            |
|      |      |             |         |             |            |
|      |      |             |         |             |            |
|      |      |             |         |             |            |

Assinatura do Fiscal responsável pela liberação

## ANEXO II

| BOLETIM SANITÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DE LOTE DE SUÍNOS               |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Produtor:                                                           |                              |                                 |                                    | Nº do Boletim                              |                                                     |
| Sanitário(Sequencial): _____ / _____                                |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
| Estabelecimento:                                                    |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
| Responsável Técnico:                                                |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
| Nº Cadastro Órgão Estadual Defesa:                                  |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
| Georreferenciamento:                                                |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
| Município: UF:                                                      |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
| Responsável pelas informações:                                      |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
| Medico Veterinário Oficial/ Habilitado ( )                          |                              |                                 |                                    | Medico Vet. Particular ( )                 |                                                     |
| Proprietário ( )                                                    |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
| Rastreabilidade:                                                    |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
| Ciclo Completo ( )                                                  |                              |                                 |                                    | Terminador ( )                             |                                                     |
| Reprodutores/ Descarte ( )                                          |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
| CARGA DE LEITÕES                                                    | Nº GTA DOS LEITÕES           | Nº DE LEITÕES DECLARADOS NA GTA | Nº DE LEITÕES MORTOS NO TRANSPORTE | DATA ALOJAMENTO                            | Nº LEITÕES ALOJADOS                                 |
|                                                                     |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
|                                                                     |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
|                                                                     |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
| CARGA DE SUÍNOS PARA ABATE <sup>1</sup>                             | Nº GTA DOS SUÍNOS PARA ABATE | DATA DA EMISSÃO DA GTA          | DATA DE CARREGAMENTO               | Nº DE SUÍNOS NA DATA DE EMISSÃO DO BOLETIM | % DE MORTALIDADE NA EMISSÃO DO BOLETIM <sup>2</sup> |
|                                                                     |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
|                                                                     |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
|                                                                     |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
| <sup>1</sup> Número de suínos remanescentes do lote                 |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
| <sup>2</sup> % de mortalidade após finalização do lote              |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
| SINAIS CLÍNICOS/DOENÇAS DETECTADAS PELO RESPONSÁVEL TÉCNICO DO LOTE |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
|                                                                     |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |
| DROGAS ADMINISTRADAS NO LOTE                                        |                              |                                 |                                    |                                            |                                                     |

| PRINCÍPIO ATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | DATA DE INÍCIO | DATA DE LIBERAÇÃO PARA ABATE                                                       | ATENDEU O PERÍODO DE CARÊNCIA? (SIM/NÃO) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                                                                                    |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                                                                                    |                                          |
| <b>VACINAÇÕES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                                    |                                          |
| <b>DATA DE VACINAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                | <b>VACINA ADMINISTRADA</b>                                                         |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                                                                                    |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                                                                                    |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                                                                                    |                                          |
| <b>DATA E HORA DA RETIRADA DE ALIMENTAÇÃO NA GRANJA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                                                                                    |                                          |
| <p>O abaixo-assinado declara que os registros e documentos relativos a estes animais estão em conformidade com os requisitos legais, e os animais acima identificados, de acordo com os controles veterinários desenvolvidos na granja, foram considerados saudáveis durante a avaliação prévia ao abate, no momento da emissão do presente documento.</p> <p>Qualquer suspeita/diagnóstico laboratorial de importância de saúde pública ou animal está notificado no verso.</p> |                |                                                                                    |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                                                                                    |                                          |
| <b>LOCAL, DATA E HORA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                | <b>IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES E SAÚDE DO LOTE</b> |                                          |
| <b>USO DO SERVIÇO OFICIAL - SIM</b><br><b>VERIFICAÇÕES OFICIAIS/AÇÕES FISCAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                                    |                                          |
| <b>APRESENTAÇÃO DE SINAIS CLÍNICOS COMPATÍVEIS COM DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATORIA NO ANTE MORTEM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                                                                                    |                                          |
| <b>SIM ( )</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                | <b>NÃO ( )</b>                                                                     |                                          |
| <b>LOTE VERIFICADO E LIBERADO PELO SIM PARA ABATE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                                    |                                          |
| <b>SIM ( )</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                | <b>NÃO ( )</b>                                                                     |                                          |
| <b>OUTRAS OBSERVAÇÕES NO VERSO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                                                    |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                                                                                    |                                          |
| <b>LOCAL E DATA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                | <b>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL</b>                       |                                          |

**ANEXO III**

| BOLETIM SANITÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DE LOTE DE AVES                                                                                                                           |                            |                              |                                          |                                          |                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Produtor:<br>Sanitário(Sequencial): _____ / _____<br>Estabelecimento:<br>Responsável Técnico:<br>Nº Cadastro Órgão Estadual Defesa:<br>Georreferenciamento:<br>Município: UF: |                            |                              |                                          | Nº do Boletim                            |                                                     |
| Responsável pelas informações:                                                                                                                                                |                            |                              |                                          |                                          |                                                     |
| Medico Veterinário Oficial/ Habilitado ( )<br>Proprietário ( )                                                                                                                |                            |                              |                                          | Medico Vet. Particular ( )               |                                                     |
| CARGA DE AVES                                                                                                                                                                 | Nº GTA DAS AVES            | Nº DE AVES DECLARADAS NA GTA | Nº DE AVES MORTAS NO TRANSPORTE          | DATA ALOJAMENTO                          | Nº AVES ALOJADAS                                    |
|                                                                                                                                                                               |                            |                              |                                          |                                          |                                                     |
|                                                                                                                                                                               |                            |                              |                                          |                                          |                                                     |
|                                                                                                                                                                               |                            |                              |                                          |                                          |                                                     |
| CARGA DE AVES PARA ABATE <sup>1</sup>                                                                                                                                         | Nº GTA DAS AVES PARA ABATE | DATA DA EMISSÃO DA GTA       | DATA DE CARREGAMENTO                     | Nº DE AVES NA DATA DE EMISSÃO DO BOLETIM | % DE MORTALIDADE NA EMISSÃO DO BOLETIM <sup>2</sup> |
|                                                                                                                                                                               |                            |                              |                                          |                                          |                                                     |
|                                                                                                                                                                               |                            |                              |                                          |                                          |                                                     |
|                                                                                                                                                                               |                            |                              |                                          |                                          |                                                     |
| <sup>1</sup> Número de aves remanescentes do lote                                                                                                                             |                            |                              |                                          |                                          |                                                     |
| <sup>2</sup> % de mortalidade após finalização do lote                                                                                                                        |                            |                              |                                          |                                          |                                                     |
| SINAIS CLÍNICOS/DOENÇAS DETECTADAS PELO RESPONSÁVEL TÉCNICO DO LOTE                                                                                                           |                            |                              |                                          |                                          |                                                     |
|                                                                                                                                                                               |                            |                              |                                          |                                          |                                                     |
| DROGAS ADMINISTRADAS NO LOTE                                                                                                                                                  |                            |                              |                                          |                                          |                                                     |
| PRINCÍPIO ATIVO                                                                                                                                                               | DATA DE INÍCIO             | DATA DE LIBERAÇÃO PARA ABATE | ATENDEU O PERÍODO DE CARÊNCIA? (SIM/NÃO) |                                          |                                                     |
|                                                                                                                                                                               |                            |                              |                                          |                                          |                                                     |
|                                                                                                                                                                               |                            |                              |                                          |                                          |                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                    |  |
| <b>VACINAÇÕES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                    |  |
| <b>DATA DE VACINAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | <b>VACINA ADMINISTRADA</b>                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                    |  |
| <b>DATA E HORA DA RETIRADA DE ALIMENTAÇÃO NA GRANJA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                    |  |
| <p>O abaixo assinado declara que os registros e documentos relativos a estes animais estão em conformidade com os requisitos legais, e os animais acima identificados, de acordo com os controles veterinários desenvolvidos na granja, foram considerados saudáveis durante a avaliação prévia ao abate, no momento da emissão do presente documento.</p> <p>Qualquer suspeita/diagnóstico laboratorial de importância de saúde pública ou animal está notificado no verso.</p> |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                    |  |
| <b>LOCAL, DATA E HORA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <b>IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES E SAÚDE DO LOTE</b> |  |
| <b>USO DO SERVIÇO OFICIAL - SIM VERIFICAÇÕES OFICIAIS/AÇÕES FISCAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                    |  |
| <b>APRESENTAÇÃO DE SINAIS CLÍNICOS COMPATÍVEIS COM DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATORIA NO ANTE MORTEM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                    |  |
| <b>SIM ( )</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>NÃO ( )</b>                                                                     |  |
| <b>LOTE VERIFICADO E LIBERADO PELO SIM PARA ABATE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                    |  |
| <b>SIM ( )</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>NÃO ( )</b>                                                                     |  |
| <b>OUTRAS OBSERVAÇÕES NO VERSO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                    |  |
| <b>LOCAL E DATA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | <b>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL</b>                       |  |

**ANEXO IV**  
**VERIFICAÇÃO OFICIAL *IN LOCO* DOS PROCEDIMENTOS DE LIMPEZA E**  
**SANITIZAÇÃO**

ESTABELECIMENTO: \_\_\_\_\_

Nº SIM: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

PRÉ-OPERACIONAL (    )

OPERACIONAL (    )

| ÁREA (AI) | HORA | RESULTADO (C/NC) | DESCRIÇÃO DA NÃO CONFORMIDADE | AÇÃO FISCAL |
|-----------|------|------------------|-------------------------------|-------------|
|           |      |                  |                               |             |
|           |      |                  |                               |             |
|           |      |                  |                               |             |
|           |      |                  |                               |             |
|           |      |                  |                               |             |
|           |      |                  |                               |             |
|           |      |                  |                               |             |
|           |      |                  |                               |             |
|           |      |                  |                               |             |
|           |      |                  |                               |             |
|           |      |                  |                               |             |

Utilizar o verso se necessário.

\_\_\_\_\_  
 Auxiliar de Inspeção

\_\_\_\_\_  
 Médico Veterinário Oficial

**ANEXO V**  
**VERIFICAÇÃO OFICIAL IN LOCO DO CLORO E pH DA ÁGUA**

ESTABELECIMENTO: \_\_\_\_\_

Nº SIM: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

| DATA | PONTO DE ANÁLISE | HORA | CLORO RESIDUAL LIVRE (PPM) <sup>1</sup> | Ph <sup>2</sup> | RESULTADO (C OU NC) | ASSINATURA |
|------|------------------|------|-----------------------------------------|-----------------|---------------------|------------|
|      |                  |      |                                         |                 |                     |            |
|      |                  |      |                                         |                 |                     |            |
|      |                  |      |                                         |                 |                     |            |
|      |                  |      |                                         |                 |                     |            |
|      |                  |      |                                         |                 |                     |            |
|      |                  |      |                                         |                 |                     |            |

<sup>1</sup> 0,2 a 5,0 ppm.  
<sup>2</sup> 6,0 a 9,0.

|                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESCRIÇÃO DA NÃO CONFORMIDADE E AÇÃO FISCAL<br/>(UTILIZAR O VERSO DA FOLHA SE NECESSÁRIO)</b> |
|                                                                                                  |
| <b>LEGENDA DOS PONTOS DE COLETA DE ÁGUA<br/>(LISTAR OS PONTOS DE COLETA DO ESTABELECIMENTO)</b>  |
|                                                                                                  |

\_\_\_\_\_  
Auxiliar de Inspeção

\_\_\_\_\_  
Médico Veterinário Oficial

**ANEXO VI  
 INFORMATIVO DE ABATE**

( ) Suínos ( ) Bovinos ( ) Ovinos ( ) Bubalinos

**NOME DO ESTABELECIMENTO:** \_\_\_\_\_ **Nº**

**SIM:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**HORA DA**

**LIBERAÇÃO:** \_\_\_\_\_

| DESEMBARQUE<br>DATA<br>HORA | LOTE | GTA | CURRAL | PRODUTOR | MUNICÍPIO | TOTAL DE<br>ANIMAIS |
|-----------------------------|------|-----|--------|----------|-----------|---------------------|
|                             |      |     |        |          |           |                     |
|                             |      |     |        |          |           |                     |
|                             |      |     |        |          |           |                     |
|                             |      |     |        |          |           |                     |
|                             |      |     |        |          |           |                     |

Os animais abatidos em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ foram liberados para abate ( ) Sim ( ) Não

**OBSERVAÇÕES:**



\_\_\_\_\_  
**Médico Veterinário Oficial**

\_\_\_\_\_  
**Responsável pelo Estabelecimento**



## FREQUÊNCIA DIÁRIA

ESTABELECIMENTO: \_\_\_\_\_ SIM: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

| DATA | GTA   | ANIMAIS VIVOS           |                                |        |                      |        |                   |        | ANIMAIS MORTOS |        |
|------|-------|-------------------------|--------------------------------|--------|----------------------|--------|-------------------|--------|----------------|--------|
|      |       | LIBERADO S ABATE NORMAL | DESTINADOS ABATE DE EMERGÊNCIA |        | RETIDOS EXAME GAIOLA |        | ANIMAIS REFUGADOS |        |                |        |
|      |       | QUANT.                  | QUANT.                         | MOTIVO | QUANT.               | MOTIVO | QUANT.            | MOTIVO | QUANT.         | MOTIVO |
|      |       |                         |                                |        |                      |        |                   |        |                |        |
|      |       |                         |                                |        |                      |        |                   |        |                |        |
|      |       |                         |                                |        |                      |        |                   |        |                |        |
|      |       |                         |                                |        |                      |        |                   |        |                |        |
|      |       |                         |                                |        |                      |        |                   |        |                |        |
|      |       |                         |                                |        |                      |        |                   |        |                |        |
|      |       |                         |                                |        |                      |        |                   |        |                |        |
|      |       |                         |                                |        |                      |        |                   |        |                |        |
|      |       |                         |                                |        |                      |        |                   |        |                |        |
|      |       |                         |                                |        |                      |        |                   |        |                |        |
|      |       |                         |                                |        |                      |        |                   |        |                |        |
|      |       |                         |                                |        |                      |        |                   |        |                |        |
|      |       |                         |                                |        |                      |        |                   |        |                |        |
|      | TOTAL |                         |                                |        |                      |        |                   |        |                |        |

**OBS: EM CASO DE MORTALIDADE ACIMA DE 10%, PROCEDER A NECRÓPSIA ANEXANDO O Nº DE BOLETIM DE NECRÓPSIA CORRESPONDENTE.**

**AUXILIAR DE INSPEÇÃO**

**MÉDICO VETERINÁRIO OFICIAL**

Rua Jaime Pereira, nº 127, Progresso – CEP: 35.430-186 – Ponte Nova/MG – (31) 3881-3211  
CNPJ: 19.738.706/0001-83 – E-mail: [cimvalpi@cimvalpi.mg.gov.br](mailto:cimvalpi@cimvalpi.mg.gov.br) – Site: [www.cimvalpi.mg.gov.br](http://www.cimvalpi.mg.gov.br)

**ANEXO VIII**  
**CONTROLE MATÉRIA PRIMA - INSPEÇÃO ANTE MORTEM (SUÍNOS, BOVINOS, CAPRINOS E OVINOS)**

**FREQUÊNCIA DIÁRIA**

ESTABELECIMENTO: \_\_\_\_\_ SIM: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

ESPÉCIE: \_\_\_\_\_

| ANIMAIS                                 | CAUSA                            | QUANTIDADE | DATA DE LIBERAÇÃO<br>PARA ABATE | DESTINO | GTA | MUNICÍPIO |
|-----------------------------------------|----------------------------------|------------|---------------------------------|---------|-----|-----------|
| PARA ABATE NORMAL                       |                                  |            |                                 |         |     |           |
| PARA ABATE DE<br>EMERGÊNCIA<br>IMEDIATO |                                  |            |                                 |         |     |           |
| PARA ABATE DE<br>EMERGÊNCIA<br>MEDIATO  |                                  |            |                                 |         |     |           |
| RETIDOS NO CURRAL<br>DE OBSERVAÇÃO      |                                  |            |                                 |         |     |           |
| MORTOS                                  |                                  |            |                                 |         |     |           |
| PARA RETORNO                            | PARTO RECENTE/ABORTO             |            |                                 |         |     |           |
|                                         | GESTÃO ADIANTADA                 |            |                                 |         |     |           |
|                                         | MAGREZA                          |            |                                 |         |     |           |
|                                         | NÃO CASTRADOS/RECÉM<br>CASTRADOS |            |                                 |         |     |           |
|                                         | OUTROS                           |            |                                 |         |     |           |

\_\_\_\_\_  
**AUXILIAR DE INSPEÇÃO**

\_\_\_\_\_  
**MÉDICO VETERINÁRIO OFICIAL**

**ANEXO IX**  
**PLANILHA DE REGISTRO DIÁRIO DE CONDENAÇÕES – SUÍNOS**

**ESTABELECIMENTO:** \_\_\_\_\_

**SIM:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_\_

**ESPÉCIE: SUÍNA**

|         | ABATEDORES      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ÓRGÃO   | PATOLOGIA       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pulmão  | Asp. Alimento   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Asp. Sangue     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Broncopneumonia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Bronquite       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Congestão       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Enfisema        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Pleurite        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Pneumonia       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Edema           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rim     | Cisto Urinário  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Congestão       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Hemosiderose    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Isquemia        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Litíase         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Nefrite         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Nefrose         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Uronefrose      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fígado  | Abcesso         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Cisticercose    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Congestão       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Esteatose       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Hepatite        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Icterícia       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Perihepatite    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Teleangiectasia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Coração | Cisticercose    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | Endocardite     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

34

**ANEXO X**  
**PLANILHA DE REGISTRO DIÁRIO DE CONDENAÇÕES – BOVINOS E BUBALINOS**

**ESTABELECIMENTO:** \_\_\_\_\_

**SIM:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_\_

**ESPÉCIE:** ( ) BOVINA ( ) BUBALINA

|                |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                | <b>ABATEDORES</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ÓRGÃO</b>   | <b>PATOLOGIA</b>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Pulmão</b>  | Asp. Alimento     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Asp. Sangue       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Broncopneumonia   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Bronquite         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Congestão         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Hemolinfocitos    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Enfisema          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Pleurite          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Pneumonia         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Rim</b>     | Cisto Urinario    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Congestão         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Hemosiderose      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Isquemia          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Litíase           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Nefrite           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Nefrose           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Uronefroze        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Fígado</b>  | Abscesso          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Cisticercose      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Congestão         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Esteatose         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Hepatite          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Perihepatite      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Teleangiectasia   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Coração</b> | Endocardite       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Miocardite        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

36

**ANEXO XI**  
**PLANILHA DE REGISTRO DIÁRIO DE CONDENAÇÕES – CAPRINOS E OVINOS**

**ESTABELECIMENTO:** \_\_\_\_\_

**SIM:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_\_

**ESPÉCIE:** ( ) CAPRINA ( ) OVINA

| ORGÃO          | ABATEDORES      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Patologia      |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Pulmão</b>  | Asp. Alimento   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Asp. Sangue     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Broncopneumonia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Bronquite       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Congestão       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Enfisema        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Pleurite        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Pneumonia       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Rim</b>     | Cisto Urinário  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Congestão       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Hemosiderose    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Isquemia        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Litíase         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Nefrite         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Nefrose         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Uronefrose      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Fígado</b>  | Abcesso         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Cisticercose    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Congestão       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Esteatose       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Hepatite        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Icterícia       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Perihepatite    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Teleangiectasia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Coração</b> | Cisticercose    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Endocardite     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Miocardite      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Pericardite     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Baço</b>    | Atrofia         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Congestão       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Contaminação    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



Rua Jaime Pereira, nº 127, Progresso – CEP: 35.430-186 – Ponte Nova/MG – (31) 3881-3211  
CNPJ: 19.738.706/0001-83 – E-mail: [cimvalpi@cimvalpi.mg.gov.br](mailto:cimvalpi@cimvalpi.mg.gov.br) – Site: [www.cimvalpi.mg.gov.br](http://www.cimvalpi.mg.gov.br)

**ANEXO XII**  
**PLANILHA DE REGISTRO DIÁRIO DE CONDENAÇÕES – AVES**

**ESTABELECIMENTO:** \_\_\_\_\_

**SIM:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_\_

| <b>DATA:</b>             | <b>HORÁRIO (TURNO):</b> |          | <b>LOTE/GTA:</b> |          |
|--------------------------|-------------------------|----------|------------------|----------|
| <b>CONDENAÇÃO</b>        | <b>TOTAL</b>            | <b>%</b> | <b>PARCIAL</b>   | <b>%</b> |
| ABSCESO                  |                         |          |                  |          |
| AEROSSACULITE            |                         |          |                  |          |
| ARTRITE                  |                         |          |                  |          |
| ASPECTO<br>REPUGNANTE    |                         |          |                  |          |
| CAQUEXIA                 |                         |          |                  |          |
| CELULITE                 |                         |          |                  |          |
| COLIBACIOSE              |                         |          |                  |          |
| CONTAMINAÇÃO             |                         |          |                  |          |
| CONTUSÃO/<br>FRATURA     |                         |          |                  |          |
| DERMATOSE                |                         |          |                  |          |
| ESCALDAGEM<br>EXCESSIVA  |                         |          |                  |          |
| EVISCERAÇÃO<br>RETARDADA |                         |          |                  |          |
| NEOPLASIA<br>(TUMOR)     |                         |          |                  |          |
| SALPINGITE               |                         |          |                  |          |
| SANGRIA<br>INADEQUADA    |                         |          |                  |          |
| SEPTICIMIA               |                         |          |                  |          |
| SÍNDROME<br>ASCÍTICA     |                         |          |                  |          |
| SÍNDROME<br>HEMORRÁGICA  |                         |          |                  |          |
|                          |                         |          |                  |          |
|                          |                         |          |                  |          |
| <b>TOTAL</b>             |                         |          |                  |          |

**OBS: Outras causas de condenação não especificadas acima deverão ser relacionadas nos espaços em branco.**

TOTAL DE AVES TRANSPORTADAS: \_\_\_\_\_

TOTAL DE AVES ABATIDAS: \_\_\_\_\_

TOTAL DE AVES MORTAS NO TRANSPORTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Médico Veterinário do SIM

**ANEXO XIII**  
**DIF – DEPARTAMENTO DE INSPEÇÃO FINAL**

**ESTABELECIMENTO:** \_\_\_\_\_

**SIM:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_\_

**ESPÉCIE:** \_\_\_\_\_

| CAUSAS | LOTE/GTA | PEÇAS ATINGIDAS | DESTINO* |
|--------|----------|-----------------|----------|
|        |          |                 |          |
|        |          |                 |          |
|        |          |                 |          |
|        |          |                 |          |
|        |          |                 |          |
|        |          |                 |          |
|        |          |                 |          |
|        |          |                 |          |

\* **L:** liberada; **TF:** tratamento pelo frio; **GX:** Graxaria

\_\_\_\_\_  
 Auxiliar de Inspeção

\_\_\_\_\_  
 Médico Veterinário Oficial

**ANEXO XIV**  
**CERTIFICADO DE ORIGEM**  
**PRODUTO DE ORIGEM ANIMAL NÃO COMESTÍVEL**

Nº \_\_\_\_/ANO 1ª VIA – TRÂNSITO 2ª VIA – SIM 3ª VIA –  
ESTABELECIMENTO

Certifico que os produtos discriminados neste documento foram obtidos em estabelecimento devidamente registrado no órgão competente e passaram por inspeção oficial.

Identificação do Produto comercializado:

| Produto      | Peso (Kg) | Número de volume | Natureza de volume |
|--------------|-----------|------------------|--------------------|
|              |           |                  |                    |
|              |           |                  |                    |
| Nota Fiscal: | Série:    |                  |                    |

**Estabelecimento de Origem:**

\_\_\_\_\_

**Número de Registro:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

**Meio de transporte:** \_\_\_\_\_

**Destinatário:**

\_\_\_\_\_

**Endereço:**

\_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

**Observação:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Médico Veterinário do SIM

**ANEXO XV**  
**CONTROLE DE ENTRADA E USO DE PRODUTOS**

**ESTABELECIMENTO:** \_\_\_\_\_ **Nº**

**SIM:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Identificação** \_\_\_\_\_ **do**  
**produto:** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_ **entrada** \_\_\_\_\_ **do**  
**produto:** \_\_\_\_\_

**Identificação da Empresa Detentora do Produto:**

|                          |               |                  |            |
|--------------------------|---------------|------------------|------------|
| <b>Nome Empresarial:</b> |               |                  |            |
| <b>CNPJ:</b>             | <b>Email:</b> | <b>Telefone:</b> |            |
| <b>Endereço:</b>         |               |                  |            |
| <b>Bairro:</b>           | <b>CEP:</b>   | <b>Cidade:</b>   | <b>UF:</b> |

**Identificação do produto:**

|                            |                    |
|----------------------------|--------------------|
| <b>Nome do Produto:</b>    |                    |
| <b>Marca:</b>              |                    |
| <b>Peso Líquido:</b>       | <b>Quantidade:</b> |
| <b>Data de Fabricação:</b> |                    |
| <b>Prazo de validade:</b>  |                    |

**Destinação do Produto:**

( ) Para uso no processo de fabricação do produto (matéria-prima ou ingrediente) de origem animal.

( ) Para uso no acondicionamento do produto de origem animal.

( ) Para uso na higienização pessoal, instalações, equipamentos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2025

Responsável pelo estabelecimento

Assinatura e carimbo

**ANEXO XVI**  
**MAPA MENSAL DE RECEPÇÃO DE MATÉRIA-PRIMA**  
**SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL - SIM**

|                                         |                |                                        |                       |                 |               |
|-----------------------------------------|----------------|----------------------------------------|-----------------------|-----------------|---------------|
| <b>RAZÃO SOCIAL DO ESTABELECIMENTO:</b> |                |                                        | <b>CLASSIFICAÇÃO:</b> |                 |               |
| <b>CNPJ/CPF:</b>                        |                | <b>MUNICÍPIO E NÚMERO DE REGISTRO:</b> |                       | <b>MÊS/ANO:</b> |               |
| <b>ENTRADA DE MATÉRIA - PRIMA</b>       |                |                                        |                       |                 |               |
| <b>DATA</b>                             | <b>PRODUTO</b> | <b>PROCEDÊNCIA</b>                     | <b>SIM/SIE/SIF</b>    | <b>UNID.</b>    | <b>QUANT.</b> |
|                                         |                |                                        |                       |                 |               |
|                                         |                |                                        |                       |                 |               |
|                                         |                |                                        |                       |                 |               |
| <b>TOTAL GERAL</b>                      |                |                                        |                       |                 |               |
| <b>OBSERVAÇÕES</b>                      |                |                                        |                       |                 |               |

\* anexar cópias das notas fiscais das comprar das matérias –primas.

Local \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_.

**Assinatura do representante legal do estabelecimento**

**ANEXO XVII**

**MAPA MENSAL DE PRODUÇÃO**

**SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL - SIM**

|                                         |                |             |                                        |              |                         |                              |               |                      |                    |
|-----------------------------------------|----------------|-------------|----------------------------------------|--------------|-------------------------|------------------------------|---------------|----------------------|--------------------|
| <b>RAZÃO SOCIAL DO ESTABELECIMENTO:</b> |                |             |                                        |              | <b>CLASSIFICAÇÃO:</b>   |                              |               |                      |                    |
| <b>CNPJ/CPF:</b>                        |                |             | <b>MUNICÍPIO E NÚMERO DE REGISTRO:</b> |              |                         | <b>MÊS/ANO:</b>              |               |                      |                    |
| <b>PRODUÇÃO</b>                         |                |             |                                        |              |                         |                              |               |                      |                    |
| <b>Data</b>                             | <b>Produto</b> | <b>Lote</b> | <b>Nº reg. rótulo</b>                  | <b>Unid.</b> | <b>Estoque anterior</b> | <b>Produção diária (qnt)</b> | <b>Perdas</b> | <b>Estoque atual</b> | <b>Saída/venda</b> |
|                                         |                |             |                                        |              |                         |                              |               |                      |                    |
|                                         |                |             |                                        |              |                         |                              |               |                      |                    |
| <b>TOTAL GERAL</b>                      |                |             |                                        |              |                         |                              |               |                      |                    |
| <b>OBSERVAÇÕES</b>                      |                |             |                                        |              |                         |                              |               |                      |                    |

Local \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do representante legal do estabelecimento**

**ANEXO XVIII**

**MAPA MENSAL DE COMERCIALIZAÇÃO  
SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL - SIM**

|                                         |                                        |                       |  |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|--|
| <b>RAZÃO SOCIAL DO ESTABELECIMENTO:</b> |                                        | <b>CLASSIFICAÇÃO:</b> |  |
| <b>CNPJ/CPF:</b>                        | <b>MUNICÍPIO E NÚMERO DE REGISTRO:</b> | <b>MÊS/ANO:</b>       |  |

| SAÍDA DE PRODUTOS - COMERCIALIZAÇÃO |              |          |       |         |      |      |        |
|-------------------------------------|--------------|----------|-------|---------|------|------|--------|
| Data                                | Destinatário | CPF/CNPJ | Local | Produto | Lote | Uni. | Quant. |
|                                     |              |          |       |         |      |      |        |
|                                     |              |          |       |         |      |      |        |
|                                     |              |          |       |         |      |      |        |
| TOTAL GERAL                         |              |          |       |         |      |      |        |
| OBSERVAÇÕES                         |              |          |       |         |      |      |        |

Local \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do representante legal do estabelecimento**

**ANEXO XIX**

| RELATÓRIO ANUAL DE COMPILAÇÃO DE DADOS DE CONDENAÇÕES |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|-------------------------------------------------------|------------------|------------|------------|-------|----------------------|------------------|------------|------------|-------|
| RAZÃO SOCIAL:                                         |                  |            |            |       | Nº DO SIM            |                  |            |            |       |
| MUNICÍPIO:                                            |                  |            |            |       | ANO:                 |                  |            |            |       |
| JANEIRO                                               |                  |            |            |       | FEVEREIRO            |                  |            |            |       |
| DESCRIÇÃO DO PRODUTO                                  | NÃO CONFORMIDADE | QUANTIDADE | DESTINAÇÃO | TOTAL | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NÃO CONFORMIDADE | QUANTIDADE | DESTINAÇÃO | TOTAL |
|                                                       |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                                                       |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                                                       |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                                                       |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                                                       |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                                                       |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
| MARÇO                                                 |                  |            |            |       | ABRIL                |                  |            |            |       |
| DESCRIÇÃO DO PRODUTO                                  | NÃO CONFORMIDADE | QUANTIDADE | DESTINAÇÃO | TOTAL | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NÃO CONFORMIDADE | QUANTIDADE | DESTINAÇÃO | TOTAL |
|                                                       |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                                                       |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                                                       |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                                                       |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                                                       |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                                                       |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |

\_\_\_\_\_  
MÉDICO VETERINÁRIO OFICIAL  
ASSINATURA E CARIMBO

| MAIO                 |                  |            |            |       | JUNHO                |                  |            |            |       |
|----------------------|------------------|------------|------------|-------|----------------------|------------------|------------|------------|-------|
| DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NÃO CONFORMIDADE | QUANTIDADE | DESTINAÇÃO | TOTAL | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NÃO CONFORMIDADE | QUANTIDADE | DESTINAÇÃO | TOTAL |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |

| JULHO                |                  |            |            |       | AGOSTO               |                  |            |            |       |
|----------------------|------------------|------------|------------|-------|----------------------|------------------|------------|------------|-------|
| DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NÃO CONFORMIDADE | QUANTIDADE | DESTINAÇÃO | TOTAL | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NÃO CONFORMIDADE | QUANTIDADE | DESTINAÇÃO | TOTAL |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |

MÉDICO VETERINÁRIO OFICIAL  
 ASSINATURA E CARIMBO

| SETEMBRO             |                  |            |            |       | OUTUBRO              |                  |            |            |       |
|----------------------|------------------|------------|------------|-------|----------------------|------------------|------------|------------|-------|
| DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NÃO CONFORMIDADE | QUANTIDADE | DESTINAÇÃO | TOTAL | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NÃO CONFORMIDADE | QUANTIDADE | DESTINAÇÃO | TOTAL |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |

| NOVEMBRO             |                  |            |            |       | DEZEMBRO             |                  |            |            |       |
|----------------------|------------------|------------|------------|-------|----------------------|------------------|------------|------------|-------|
| DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NÃO CONFORMIDADE | QUANTIDADE | DESTINAÇÃO | TOTAL | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NÃO CONFORMIDADE | QUANTIDADE | DESTINAÇÃO | TOTAL |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |
|                      |                  |            |            |       |                      |                  |            |            |       |

MÉDICO VETERINÁRIO OFICIAL  
ASSINATURA E CARIMBO

**ANEXO XX**

**CERTIFICADO SANITÁRIO PARA PRODUTOS DE ORIGEM ANIMAL NºXX/SIM/ANO**

|                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| EMPRESA REQUERENTE: |                      |
| CNPJ:               | Nº SIM:              |
| ENDEREÇO:           |                      |
| MUNICÍPIO:          | TELEFONE DE CONTATO: |

|                               |                      |
|-------------------------------|----------------------|
| EMPRESA FORNECEDORA (ORIGEM): |                      |
| CNPJ:                         | Nº SIM:              |
| ENDEREÇO:                     |                      |
| MUNICÍPIO:                    | TELEFONE DE CONTATO: |

**DISCRIMINAÇÃO DOS PRODUTOS DE ORIGEM ANIMAL**

| Quantidade em kg | Produto/Registro | Espécie |
|------------------|------------------|---------|
|                  |                  |         |
|                  |                  |         |
|                  |                  |         |
|                  |                  |         |

|                              |                                                         |
|------------------------------|---------------------------------------------------------|
| DATA:                        |                                                         |
| CARIMBO DA EMPRESA COM CNPJ: | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA: |



**AUTORIZAÇÃO – PREENCHIMENTO PELO SERVIÇO OFICIAL DO SIM – CIMBAJE**

|                          |                                          |
|--------------------------|------------------------------------------|
| DATA:                    | Nº LACRE:<br>PLACA CAMINHÃO FRIGORÍFICO: |
| CARIMBO SERVIÇO OFICIAL: | ASSINATURA FUNCIONÁRIO OFICIAL:          |

**RECEBIMENTO NO DESTINO – PREENCHIMENTO PELO SERVIÇO OFICIAL**

|                          |                                          |
|--------------------------|------------------------------------------|
| LOCAL E DATA:            | Nº LACRE:<br>PLACA CAMINHÃO FRIGORÍFICO: |
| CARIMBO SERVIÇO OFICIAL: | ASSINATURA FUNCIONÁRIO OFICIAL:          |



**ANEXO XXI**  
**RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE RECEBIMENTO DE MATÉRIA-PRIMA – PRODUTOS DE ORIGEM ANIMAL**

ESTABELECIMENTO: \_\_\_\_\_  
PERÍODO: \_\_\_\_\_

Nº DO SIM: \_\_\_\_\_

| DATA | PRODUTO | FORNECEDOR | ORIGEM (SIF, SIE, SISBI) | NOTA FISCAL | LACRE | TEMPERATURA | VALIDADE | QUANTIDADE | FISCAL RESPONSÁVEL |
|------|---------|------------|--------------------------|-------------|-------|-------------|----------|------------|--------------------|
|      |         |            |                          |             |       |             |          |            |                    |
|      |         |            |                          |             |       |             |          |            |                    |
|      |         |            |                          |             |       |             |          |            |                    |
|      |         |            |                          |             |       |             |          |            |                    |
|      |         |            |                          |             |       |             |          |            |                    |
|      |         |            |                          |             |       |             |          |            |                    |
|      |         |            |                          |             |       |             |          |            |                    |

**Temperatura máxima dos produtos resfriados: 7°C; Temperatura máxima dos produtos congelados: -12°C**

\_\_\_\_\_  
**Ass. do Verificador**



**CIMVALPI**

CONSORCIO INTERMUNICIPAL  
MULTISSETORIAL DO VALE DO PIRANGA

## Assinatura do Documento



Documento Assinado Eletronicamente por **SILVERIO JOAQUIM APARECIDO DA LUZ - PRESIDENTE**, CPF: 013.48\*. \*\*6-\*0 em **28/04/2025 14:28:57**, Cód. Autenticidade da Assinatura: 1460.3E28.657X.U224.2424, Com fundamento na Lei Nº 14.063, de 23 de Setembro de 2020.



## Informações do Documento

ID do Documento: **FAC.508** - Tipo de Documento: **INSTRUÇÃO NORMATIVA - Nº 67/2025**.

Elaborado por **SILVERIO JOAQUIM APARECIDO DA LUZ**, CPF: 013.48\*. \*\*6-\*0 , em **28/04/2025 - 14:28:57**

Código de Autenticidade deste Documento: 14W4.2428.3576.U513.1641

A autenticidade do documento pode ser conferida no site:  
<https://zeropapel.cimvalpi.mg.gov.br/verdocumento>

