

I. Dados do Médico Veterinário / Pessoa formada:

Nome:		Cédula Profissional n.º:	
Telefone(s):		E-mail:	

II. Dados relativos à zona de caça e à entidade gestora/concessionária de caça:

Denominação da zona de caça:		Nº ZC	
Tipo de ZC:	<input type="checkbox"/> Associativa <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Turística <input type="checkbox"/> Outra (descrever):		
Localidade:			
Freguesia:		Concelho:	
Designação da entidade gestora:			
E-mail da entidade gestora:			
Pessoa de contacto:		Telefone/telemóvel:	

III. Dados relativos à ação de caça realizada:

Data do evento (dd/mm/aaaa):	/ /	Hora de início:	h
Processo de Caça:	<input type="checkbox"/> Montaria <input type="checkbox"/> Batida <input type="checkbox"/> Aproximação <input type="checkbox"/> Espera <input type="checkbox"/> Salto <input type="checkbox"/> Lança <input type="checkbox"/> Correção de densidades <input type="checkbox"/> Outro:		

IV. Informações relativas ao exame inicial

a) Animais abatidos (preencher se diferente de b):

Espécie	N.º fêmeas jovens	N.º fêmeas adultas	N.º machos jovens	N.º machos adultos	Total/espécie
Veado					
Gamo					
Corço					
Javali					
Muflão					

b) Animais apresentados para exame inicial:

Espécie	N.º fêmeas jovens	N.º fêmeas adultas	N.º machos jovens	N.º machos adultos	Total/espécie
Veado					
Gamo					
Corço					
Javali					
Muflão					

c) Resultado do exame inicial - Animais em que foram detetadas lesões suspeitas de tuberculose:

Espécie	N.º fêmeas jovens	N.º fêmeas adultas	N.º machos jovens	N.º machos adultos	Total/espécie
Veado					
Gamo					
Corço					
Javali					
Muflão					

d) Resultado do exame inicial - outras alterações detetadas:

Espécie	N.º fêmeas jovens	N.º fêmeas adultas	N.º machos jovens	N.º machos adultos	Descrição das alterações detetadas:
Veado					
Gamo					
Corço					
Javali					
Muflão					

e) Resultado do exame inicial - exame inicial sem características anormais:

Espécie	N.º fêmeas jovens	N.º fêmeas adultas	N.º machos jovens	N.º machos adultos	Total/espécie
Veado					
Gamo					
Corço					
Javali					
Muflão					

V. Informações relativas aos animais encontrados mortos

a) Animais encontrados mortos:

Espécie	N.º fêmeas jovens	N.º fêmeas adultas	N.º machos jovens	N.º machos adultos	Total/espécie
Veado					
Gamo					
Corço					
Javali					
Muflão					

VI. Recolha de amostras

Requisição de Análises N.º /PVSCM2022

a) Animais abatidos com recolha de amostras:

Espécie	N.º fêmeas jovens	N.º fêmeas adultas	N.º machos jovens	N.º machos adultos	Total/espécie
Veado					
Gamo					
Corço					
Javali					
Muflão					

b) Animais encontrados mortos com recolha de amostras:

Espécie	N.º fêmeas jovens	N.º fêmeas adultas	N.º machos jovens	N.º machos adultos	Total/espécie
Veado					
Gamo					
Corço					
Javali					
Muflão					

VII. Encaminhamento das peças de caça

a) N.º de animais encaminhados para estabelecimento de manipulação de caça:

Número de Aprovação (NCV):		Javalis []	Veados []	Gamos []	Corços []	Muflões []
Número de Aprovação (NCV):		Javalis []	Veados []	Gamos []	Corços []	Muflões []
Número de Aprovação (NCV):		Javalis []	Veados []	Gamos []	Corços []	Muflões []
Número de Aprovação (NCV):		Javalis []	Veados []	Gamos []	Corços []	Muflões []

b) N.º de animais encaminhados para autoconsumo dos caçadores:

Nº caçadores que levaram animais para autoconsumo:		Javalis []	Veados []	Gamos []	Corços []	Muflões []
--	--	-------------	------------	-----------	------------	-------------

VIII. Modo de encaminhamento de subprodutos

a) Subprodutos animais

Nº animais não encaminhados para consumo humano:	Javalis []	Veados []	Gamos []	Corços []	Muflões []
--	-------------	------------	-----------	------------	-------------

b) Destino dos subprodutos (assinalar com X o encaminhamento efetuado):

<input type="checkbox"/> Unidade Transformação de Subprodutos (indicar NCV):	<input type="checkbox"/> Enterramento
<input type="checkbox"/> Campo alimentação aves necrófagas (indicar Nº Registo):	<input type="checkbox"/> Taxidermista (indicar Nº Registo):
<input type="checkbox"/> Outro (descrever):	

Outras informações relevantes:

O Gestor da Zona de Caça (assinatura do gestor da ZC): _____, em: ____ / ____ /20__

O Médico Veterinário / A Pessoa formada (assinatura do médico veterinário ou da pessoa formada): _____, em: ____ / ____ /20__

Este relatório, depois de devidamente preenchido e assinado, deve ser entregue na DSAVR da zona onde se realizou o ato de caça.