

Regulamento Sanitário Internacional

Vigilância em Saúde em Portos e Aeroportos no Estado de São Paulo

O REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (RSI)
E O QUE AS MACROREGIÕES DO
ESTADO DE SÃO PAULO TEM A VER COM ISSO

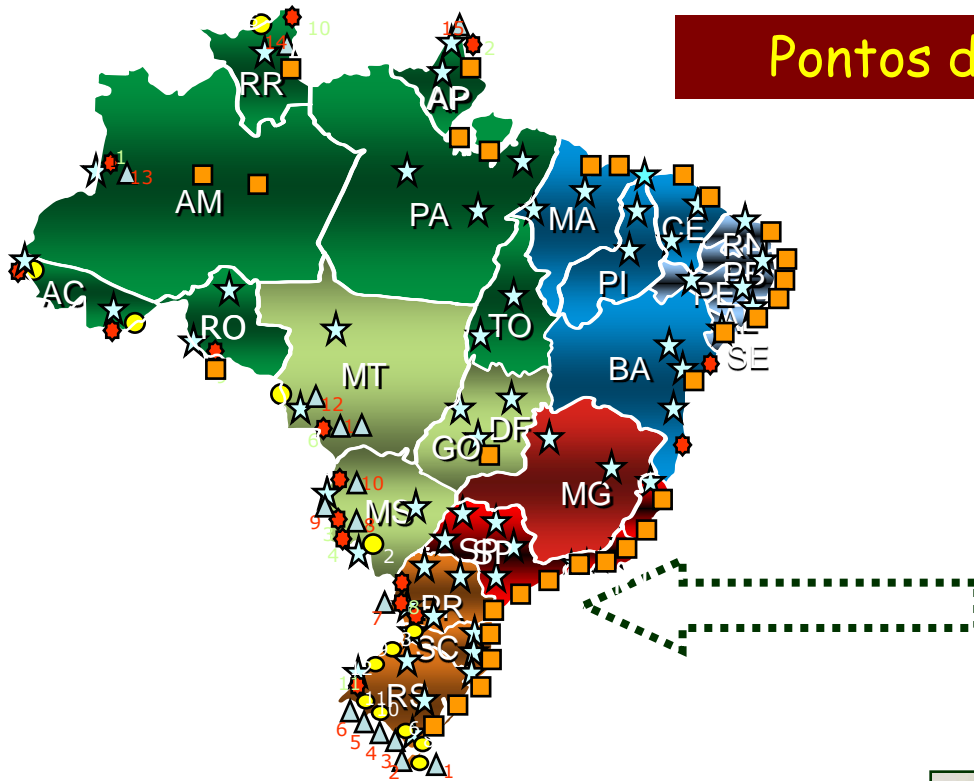
Campinas/SP

26/08/10

Francisco Vanin Pascalicchio
CVPAF/SP - ANVISA/MS



Pontos de entrada designados



Brasil:

- 25 pontos de entrada

Estado de São Paulo

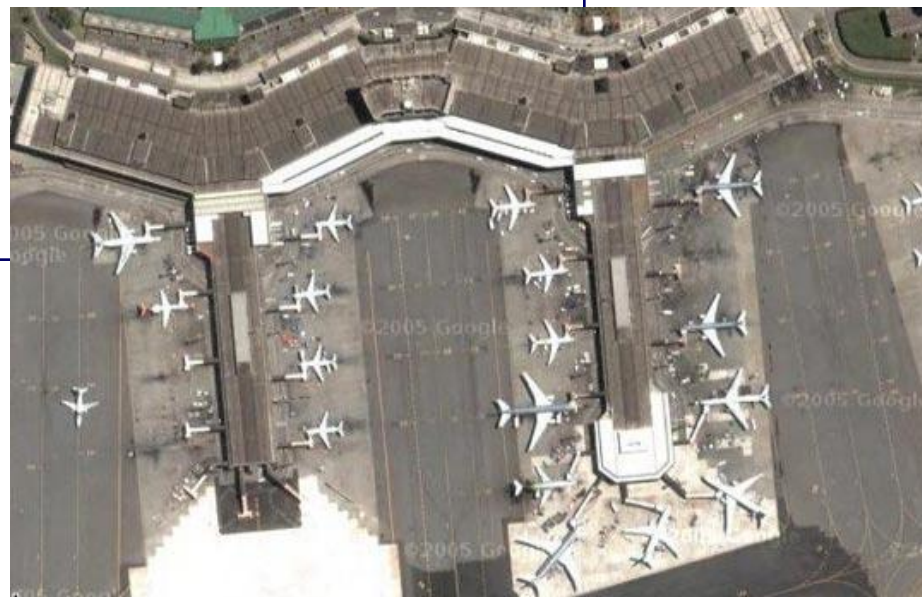
- Aeroporto de Guarulhos
- Porto de Santos
- Aeroporto de Viracopos
- Aeroporto de Congonhas
- Porto de São Sebastião
- Correios

30 aeroportos no interior do ESP
Departamento Aeroviário do Est. de São Paulo
(DAESP / Secret. Transportes)



Aerop. Intern. São Paulo / Guarulhos

- 110 pousos internacionais/dia
- 15.700 passageiros internacionais/dia
 - ✓ 38% Europa
 - ✓ 30% EUA / Canadá
 - ✓ 21% Mercosul
 - ✓ 7% América Latina
 - ✓ 4% Ásia / África



Aerop. Intern. Viracopos

- 7 cargueiros intern./dia
- 15 aeronaves executivas/sem.
- hoje: *charter* Argentina
- 2º. semestre:
 - ✓ 03/julho: Portugal
 - ✓ previsto: Argentina e Caribe



Porto de Santos

- 470 navios cargueiros/mês:
 - ✓ 200 internacionais
 - 40 continente africano
 - 3 sudeste asiático
- Navios cruzeiro 2009/2010:
 - ✓ 20 navios
(15 regulares, 5 trânsito)
 - ✓ 281 atracações
 - ✓ 453.579 embarques
 - ✓ 71.972 trânsito
 - ✓ 203.000 tripulantes



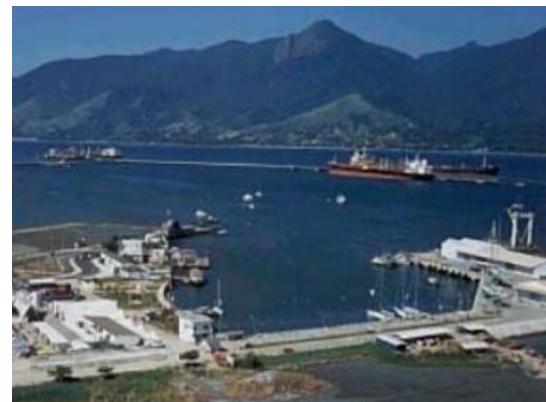
Aeroporto Congonhas

- 264 pousos/dia
- 18.000 passageiros/dia



Porto de São Sebastião

- 60 navios cargueiros/mês
- ✓ 8 internacionais (Nigéria)

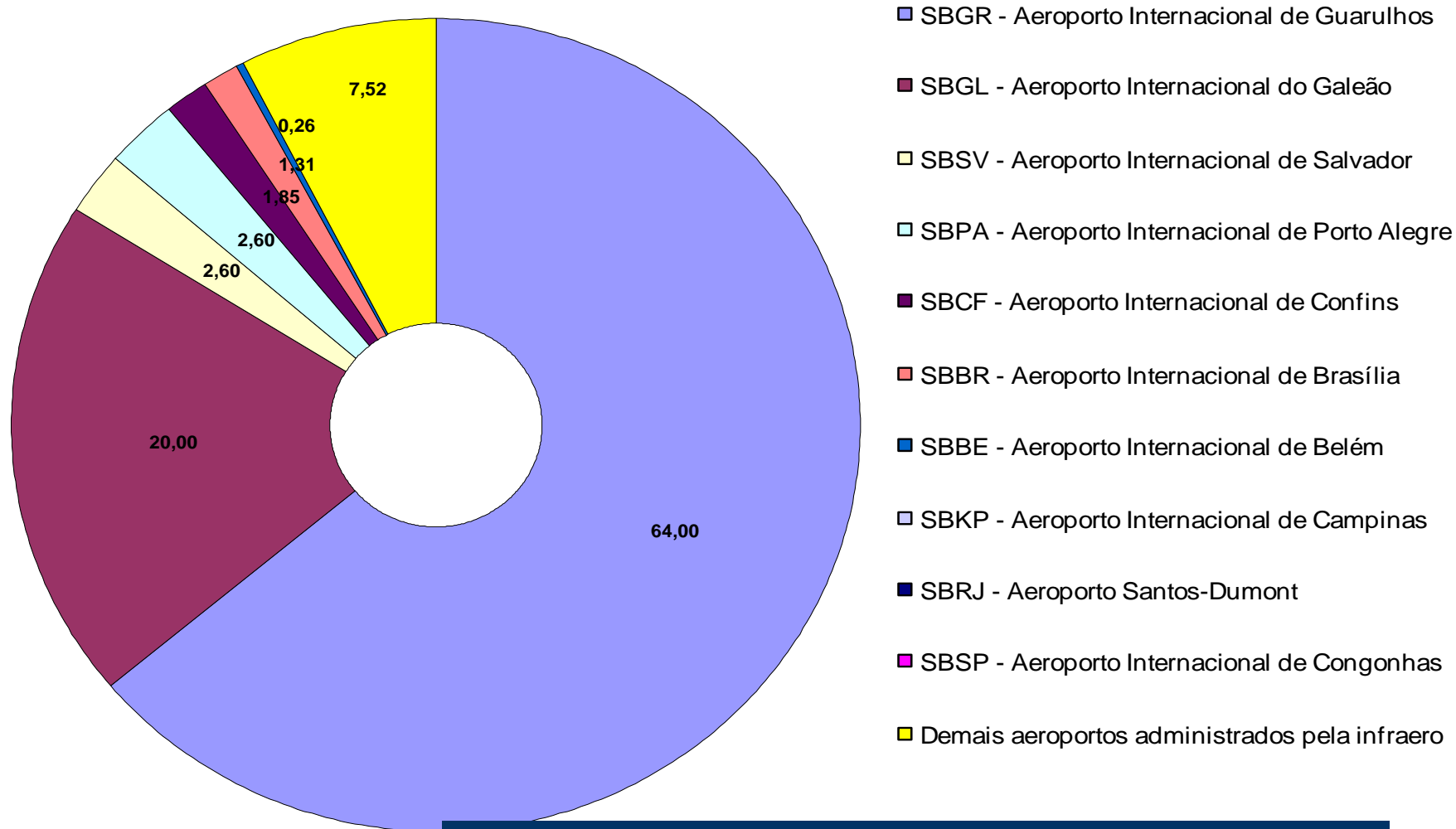


Produtos / cargas / remessas

- Postos: 15.000 produtos/mês
- Correios: 7.000 encomendas/mês



Distribuição da porcentagem acumulada de passageiros embarcados e desembarcados nos 67 aeroportos administrados pela Infraero no período de janeiro a setembro, Brasil, 2009.



2009: 13.133.216 passageiros / 158.321 vôos

Regulamento Sanitário Internacional ➤ Anexo 1B

- Designação à OMS dos pontos de entrada (capac. básicas)
- Monitoramento:
 - ✓ meios de transporte
 - ✓ infra-estrutura utilizada pelos viajantes
 - ✓ bagagens, cargas, contêineres, encomendas postais
 - ✓ água potável, resíduos sólidos, efluentes líquidos, água de lastro, restos humanos e animais
 - ✓ Vetores
- Medidas de saúde na chegada e saída de viajantes
- Emissão de documentos:
 - ✓ Certificado de Controle Sanitário da Embarcação

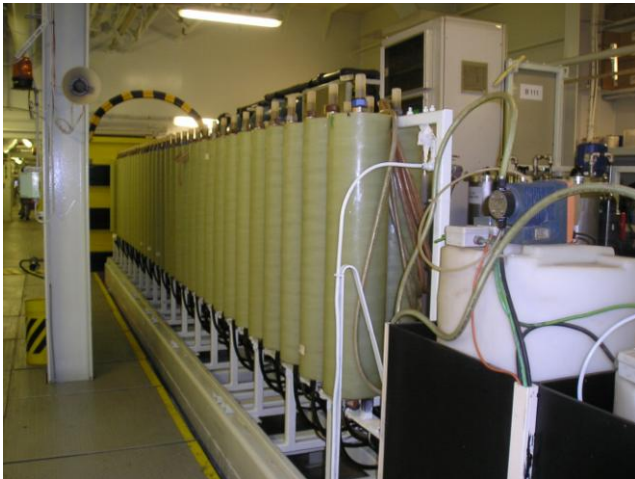
Controle alimentos



Água potável



Cloro



Turbidez



pH

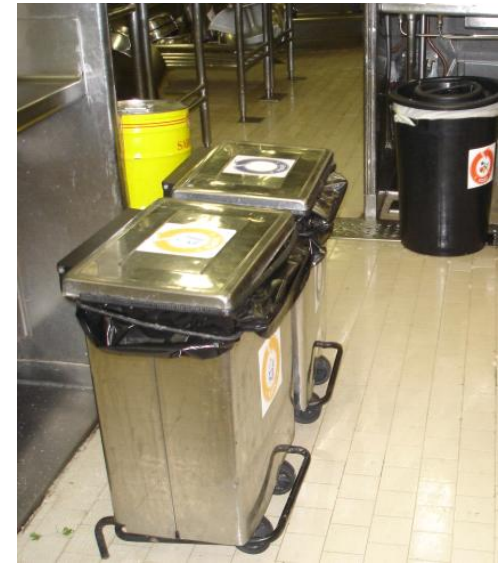
Água recreação



Efluentes líquidos



Resíduos Sólidos



Limpeza e Desinfecção



Climatização / Ar Ambiente



Vetores



Serviço Médico



Instalações aeroportuárias e portuárias

Meios de Transporte

- **RDC 02 e 72:**
 - ✓ água potável e alimentos
 - ✓ água residuais
 - ✓ limpeza e desinfecção (PLD)
 - ✓ climatização
 - ✓ vetores
- **RDC 56 e 306**
 - ✓ gerenciamento de resíduos sólidos
- **RDC 81**
 - ✓ controle de produtos importados
- **RDC 345 e 346**
 - ✓ prestadores de serviços
- **RDC 68**
 - ✓ traslado de restos mortais
- **RDC 21**
 - ✓ viajante

Certificado de Controle Sanitário de Embarcação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



CERTIFICADO NACIONAL DE ISENÇÃO DO CONTROLE SANITÁRIO DE BORDO/ CERTIFICADO NACIONAL DE CONTROLE SANITÁRIO DE BORDO

ANEXO II

Nome e endereço do órgão responsável pela inspeção: Agência Nacional de Vigilância Sanitária – CVPAF UF Porto: Seleção ou Preencha

Nome da embarcação: Bandeira: Número de Identificação/Registro IMO:

No momento da inspeção os porões estavam descarregados/carregados com (peso) de (carga).

Conforme Solicitação nº. de / / este documento registra a inspeção da embarcação supracitada e a emissão Certificado de:

ISENÇÃO DE CONTROLE SANITÁRIO DE BORDO Nº.

CONTROLE SANITÁRIO DE BORDO Nº.

Áreas/serviços/sistemas inspecionados	Evidências encontradas	Resultados das amostras	Documentos analisados	Medidas de controle aplicadas	Data de re-inspeção	Comentários sobre condições encontradas
ALIMENTOS						
Cozinha (Galley)						
Higiene Pessoal e Saúde dos manipuladores						
Suprimento de Água Potável						
Manejo de resíduos sólidos						
Preparação						
Condições higiênicas-sanitárias						
Área de consumo						
Condições higiênicas-sanitárias da área						
Armazenamento (Despensa)						
Boas Práticas de Armazenagem						
Condições higiênicas-sanitárias						
INSTALAÇÕES MÉDICAS						
Condições higiênicas-sanitárias						
Registros médicos						
ALOJAMENTOS						
Condições higiênicas-sanitárias da área						
ÁGUA POTÁVEL						
Fonte de Água Potável						
Sistema de Reservação e Distribuição de Água						
Registros (Reserva)						
EFLUENTES SANITÁRIOS						
Sistema de Tratamento de Efluentes						
Registros de Limpeza e Desinfecção						
RESÍDUOS SÓLIDOS						
Acondicionamento/Armazenamento dos resíduos sólidos						
Tratamento de Resíduos Sólidos de bordo						
Retirada de Resíduos Sólidos de bordo						
FAUNA SINANTRÓPICA NOCIVA						
Prevenção						
Presença e ou vestígios						
OUTRAS ÁREAS						
Falha no controle sanitário de animais e seus excrementos						
Sala de Máquinas - Condições higiênicas sanitárias						
Deck - Condições higiênicas sanitárias						

Seu relatório encontrado. Embarcação está livre de medidas de controle. Medidas de controle indicadas foram aplicadas na data da re-inspeção.

Identificação do Funcionário: Data de emissão:



Agência Nacional de Vigilância Sanitária

www.anvisa.gov.br

Declaração Marítima de Saúde

ANEXO III
DECLARAÇÃO MARÍTIMA DE SAÚDE
Maritime Declarations of Health

C/PAF/ _____ PP _____
N. _____

Para ser preenchida e entregue às autoridades pertinentes pelos comandantes das embarcações provenientes de portos estrangeiros.
To be completed and submitted to the competent authorities by the masters of ships arriving from foreign ports.

Entregue no porto de/ Submitted at the port of		Data/ Date
Nome da embarcação marítima ou de navegação interior/ Name of ship or inland navigation vessel		
Registro/No IMO/ Registration/IMO No	(Nacionalidade)(Bandeira da embarcação) (Nationality)(Flag of vessel)	
Comandante da embarcação /Master's name		
chegando de/ arriving from	indo para/ sailing to	
Tonelagem bruta (embarcação marítima) /Gross tonnage (ship)	Tonelagem (embarcação de navegação interior) /Tonnage (inland navigation vessel)	
Certificado de Isenção de Controle/ Certificado de Controle Sanitário válido a bordo? Valid Sanitation Control Exemption/Control Certificate carried on board? () Sim/Yes () Não/No		
Emitido em /Issued at	Data/ Date	Exigência de reinspeção? Re-inspection required? () Sim/Yes () Não/No
A embarcação esteve numa área afetada identificada pela Organização Mundial da Saúde? Has ship/vessel visited an affected area identified by the World Health Organization? () Sim/Yes () Não/No		
Porto e data da visita a área afetada /Port and date of visit		
Lista de portos de escala a partir do início da viagem internacional ou nos últimos trinta dias, se este período for mais curto, com as datas de saída. /List ports of call from commencement of voyage with dates of departure, or within past thirty days, whichever is shorter.		

QUESTÕES DE SAÚDE
Health questions

(1) Houve a bordo algum óbito que não tenha sido causado por acidente? Has any person died on board during the voyage otherwise than as a result of accident?
() Sim/Yes () Não/No
Se houver, coloque os detalhes na planilha anexa. If yes, state particulars in attached schedule
Número total de mortes /Total no. of deaths: _____

(2) Há a bordo, ou houve durante a viagem internacional algum caso de doença que suspeite de ser infecciosa? Is there on board or has there been during the international voyage any case of disease which you suspect to be of an infectious nature?
() Sim/Yes () Não/No
Se houver, coloque os detalhes na planilha anexa. If yes, state particulars in attached schedule

(3) O número total de passageiros doentes durante a viagem foi maior do que o normal/esperado? Has the total number of ill passengers during the voyage been greater than normal/expected?
() Sim/Yes () Não/No
Quanto doentes? How many ill persons? _____

(4) Há, no momento, alguma pessoa doente a bordo? Is there any ill person on board now? Sim/Yes* Não/No* *Se sim, coloque os detalhes na planilha anexa. * If yes, state particulars in attached schedule.

(5) Um médico foi consultado? Was a medical practitioner consulted?
() Sim/Yes () Não/No
Se sim, coloque os detalhes do tratamento ou orientação médica recebida na planilha anexa. If yes, state particulars of medical treatment or advice provided in attached schedule.

(6) Você tem conhecimento de alguma condição existente a bordo que possa levar a infecção ou disseminação de doenças? Are you aware of any condition on board which may lead to infection or spread of disease?
() Sim/Yes () Não/No
Se sim, coloque os detalhes na planilha anexa. If yes, state particulars in attached schedule.

(7) Foi aplicada alguma medida sanitária a bordo (p.ex. quarentena, isolamento, desinfecção ou descontaminação)? Has any sanitary measure (e.g. quarantine, isolation, disinfection or decontamination) been applied on board?
() Sim/Yes () Não/No
*Se sim, especificar o tipo, o lugar e a data./ * If yes, specify type, place and date: _____

(8) Algum cadáver foi encontrado a bordo? Have any stowaways been found on board?
() Sim/Yes () Não/No
Se sim, onde eles embarcaram (se for conhecido)?* If yes, where did they join the ship (if known)? _____

(9) Há algum animal doente a bordo? Is there a sick animal or pet on board?
() Sim/Yes () Não/No
Nota: Na falta de um médico, o comandante deve considerar os seguintes sintomas como base suficiente para suspeitar a presença de uma doença infecciosa:
(a) Febre, persistente por vários dias ou acompanhada por:
(i) prostração;
(ii) diminuição do nível de consciência;
(iii) inflamação dos gânglios;
(iv) icterícia;

(v) tórce ou dispnéia;
(vi) hemorragia não usual; ou
(vii) paralisia.

(b) Com ou sem febre:
(i) qualquer erupção cutânea ou eritema agudo;
(ii) vômitos intensos (não devido a náuseas marítimas);
(iii) diarreia intensa; ou
(iv) convulsões recorrentes.

Note: In the absence of a surgeon, the master should regard the following symptoms as grounds for suspecting the existence of a disease of an infectious nature: (a) Fever, persisting for several days or accompanied by (i) prostration; (ii) decreased consciousness; (iii) glandular swelling; (iv) jaundice; (v) cough or shortness of breath; (vi) unusual bleeding; or (vii) paralysis. (b) With or without fever: (i) any acute skin rash or eruption; (ii) severe vomiting (other than sea sickness); (iii) severe diarrhoea; or (iv) recurrent convulsions.

Declaro que as informações e respostas às questões fornecidas na Declaração de Saúde (incluindo a planilha) são verdadeiras e corretas, segundo meu conhecimento e entendimento. I hereby declare that the particulars and answers to the questions given in this Declaration of Health (including the schedule) are true and correct to the best of my knowledge and belief.

Data/Date: _____
Assinatura - Comandante/Sigad - Master: _____
Confirmação - Médico de bordo (se houver) /Counterigned - Ship's Surgeon (if carried): _____



Declaração Geral da Aeronave

LOCALIDADE PLACE		NÚMERO TOTAL DE TRIPULANTES TOTAL NUMBER OF CREW	NÚMERO DE PASSAGEIROS NESTA ESCALA NUMBER OF PASSENGERS ON THIS STAGE
			Local de Partida Departure Place: Embarcando Embarking
			Em trânsito no mesmo voo Through on same flight
			Local de Chegada Arrival Place: Desembarcando Disembarking
			Em trânsito no mesmo voo Through on same flight
<p>Declaração de Saúde Declaration of Health</p> <p>Pessoas a bordo com doenças que não sejam enjôo de viagem ou conseqüências de acidentes (incluindo as que apresentam sintomas ou sinais de doenças tais como erupções cutâneas, febre, calafrio, diarreia, etc.), assim como os casos de doenças desembarcadas durante o voo. Persons on board with illnesses other than airsickness or the effects of accidents (including persons with symptoms or signs of illness such as rash, fever, chills, diarrhoea) as well as those cases of illness disembarked during the flight.</p> <p>Qualquer outras condições a bordo que possam provocar a propagação de doenças. Any other conditions on board which may lead to the spread of disease.</p> <p>Detalhes de cada desinsetação ou tratamento sanitário (lugar, data, hora, método) durante o voo. Se nenhuma desinsetação foi efetuada durante a viagem, dar detalhes da última realizada. Details of each disinsecting or sanitary treatment (place, date, time, method) during the flight. If no disinsecting has been carried out during the flight, give details of most recent disinsecting.</p> <p style="text-align: right;">_____ Tripulante Responsável Crew member concerned</p>			<p>Somente para uso oficial For official use only</p>
<p>Declaro que todas as indicações e dados contidos nesta Declaração Geral e que qualquer dos formulários suplementares que devem acompanhá-la são, segundo o meu conhecimento, completos, exatos e verdadeiros, e que todos os passageiros os passageiros em trânsito prosseguirão/prosseguiram nesta viagem. I declare that all statements and particulars contained in this General Declaration, and in any supplementary forms required to be presented with this General Declaration, are complete, exact and true to the best of my knowledge and that all through passengers will continue/have continued on the flight.</p> <p style="text-align: right;">_____ Agente autorizado ou Comandante da aeronave Authorized Agent or Pilot-in-command</p>			

Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACINAÇÃO OU REVACINAÇÃO CONTRA A FEBRE AMARELA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST YELLOW FEVER
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE

Certifico que
This is to certify that
Je soussigné(e) certifie que {

Nascido(a) a { Sexo {
Date of birth { Sex {
Né(e) le { Sexe {


Cuja assinatura segue
Whose signature follows
Dont la signature suit {

Foi vacinado(a) ou revacinado(a) contra a febre amarela na data indicada.
Has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever.
A été vacciné(e) ou, revacciné(e) contre la fièvre jaune à la date indiquée.

DATA	Assinatura e título oficial do vacinador	Origem e número do lote da vacina	Carimbo Oficial do centro de vacinação	
DATE	Signature and professional status of vaccinator	Origin and batch no. of vaccine	Official stamp of vaccinating centre	
DATE	Signature et qualité professionnelle du vaccinateur	Origine du vaccin employé et numéro du lot	Cache officiel du centre de vaccination	
			1	2
			3	4

Este certificado só é válido quando a vacina for aprovada pela Organização Mundial de Saúde e o centro de Vacinação credenciado pela administração sanitária do território onde é localizado.
A validade deste certificado abrange um período de dez anos, começando 10 dias após a primo-inoculação, ou no dia da revacinação.
Qualquer alteração, rasura, ou omissão no certificado, afetará sua validade.

Termo de Inspeção Sanitária

 **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**
Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados

CODSAP: _____ PA: _____ Nº: _____

Termo de Inspeção Sanitária em Aeronaves - TISAE

01 IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO
1.1 Código do Posto: _____ 1.2 Data: _____

02 AERONAVES
2.1 Empresa: _____ 2.2 Nacionalidade: _____
2.3 Prefeio: _____ 2.4 Tipo: _____ 2.5 Nº do voo: _____
2.6 Classificação da Aeronave
 Civil pública Civil privada Militar
2.7 Propósito da Inspeção
 Regular - passageiro Não regular - mala postal
 Regular - carga Taxi aéreo - passageiro
 Não regular - passageiro Taxi aéreo - carga
 Não regular - carga Anulação geral
2.8 Origem
País: _____ Cidade: _____
Aeroporto: _____
 Indone Países Dengue
 Cifose Malária Doenças emergentes
 Febre amarela
2.9 Escala
2.9.1 País / Cidade / Aeroporto: _____
 Indone Países Dengue
 Cifose Malária Doenças emergentes
 Febre amarela
2.10 Estacionamento
 Páteo Área remota Píngar

03 INSPEÇÃO SANITÁRIA
3.1 Início: _____ 3.2 Término: _____ 3.3 Local de Inspeção: _____
3.4 Propósito de Inspeção
 Programa de Fiscalização Contínua
 Denúncia
 Remanejo para verificação de cumprimento de exigências
Nº de Tripulantes desembarcados: _____
Nº de Passageiros desembarcados: _____
Nº de Passageiros em Trânsito: _____

04 20.1 Autoridade Sanitária:
4.1 VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPLEMENTARES (marcar com "x")
 Declaração de Saúde
 Lista de Tripulantes e de Passageiros com local e data de embarque
 Certificado de Desembarque
 Certificado Internacional de Vacinação contra Febre Amarela ou Atestado ou Documentação Oficial, justificando a contra indicação à vacina
 Informações referentes ao sistema de água potável
 Outros (especificar): _____

05 ANÁLISE DA INSPEÇÃO (marcar com um "x")
5.1 Áreas inspecionadas
NR (Não Realizada) - NV (Não Verificada) - I (Insatisfatória) - S (Satisfatória)

5.1.1 Galley	(NT) (NV) (I) (S)	Limpeza	Observações:
	(NT) (NV) (I) (S)	Desinfecção	
	(NT) (NV) (I) (S)	Descontaminação	
5.1.2 Cabines	(NT) (NV) (I) (S)	Limpeza	Observações:
	(NT) (NV) (I) (S)	Desinfecção	
	(NT) (NV) (I) (S)	Descontaminação	
	(NT) (NV) (I) (S)	Substituição das Mantas / Substituição dos Travesseiros	
5.1.3 Sanitários	(NT) (NV) (I) (S)	Limpeza	Observações:
	(NT) (NV) (I) (S)	Desinfecção	
	(NT) (NV) (I) (S)	Descontaminação	
5.2 Sistema de Água Potável NV (Não Verificada) - I (Insatisfatória) - S (Satisfatória)	(NV) (I) (S)	Limpeza e desinfecção	Observações:
	(NV) (I) (S)	Controle de qualidade de água	

5.3 Sistema de Resíduos Sólidos
NR (Não Realizada) - NV (Não Verificada) - I (Insatisfatória) - S (Satisfatória)

(NT) (NV) (I) (S)	Acondicionamento	Observações:
(NT) (NV) (I) (S)	Remoção	
(NT) (NV) (I) (S)	Coleta de Amostras / Lixo de EPI's	

5.4 Abastecimento de Alimentos
R (Realizada) - NR (Não Realizada) - NV (Não Verificada) - I (Insatisfatória) - S (Satisfatória)

(NT) (NV) (I) (S)	Condições de Abastecimento	Observações:
(NT) (NV) (I) (S)	Identificação do Veículo de Abastecimento / Coleta de Amostras	

5.5 Conjunto de Emergência NV (Não Verificada) - I (Insatisfatória) - S (Satisfatória)

(NV) (I) (S)	Consumo de Medicamentos a Bordo	Observações:
(NV) (I) (S)	Acondicionamento	
(NV) (I) (S)	Identificação / Prazo de validade	
(NV) (I) (S)	Identificação / Anormalidade clínica a bordo	

Nº de Abócos a bordo: _____

5.6 Controle de Vetores
NR (Não Realizada) - NV (Não Verificada) - I (Insatisfatória) - S (Satisfatória)

(NT) (NV) (I) (S)	Desinsetização em voo	Observações:
(NT) (NV) (I) (S)	Desinsetização pré voo	
(NT) (NV) (I) (S)	Desinsetização do porto de carga	
(NT) (NV) (I) (S)	Presença de insetos e roedores	

06 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

07 CONCLUSÃO DA INSPEÇÃO SANITÁRIA (marcar com um "x")
 Aeronave em Condições Higiênicas Sanitárias Satisfatórias
 Aeronave sujeita à reinspeção sanitária no próximo aeroporto nacional, onde deverá ser verificado o cumprimento da(s) notificação(ões) emitida(s) neste Aeroporto de Controle sanitário
 Aeronave sujeita à reinspeção sanitária, antes de sua saída deste Aeroporto de Controle Sanitário após o cumprimento da(s) notificação(ões) emitida(s)
 Aeronave em Condições Higiênicas Sanitárias Insatisfatórias

08 TERMOS LEGAIS EMITIDOS

<input type="checkbox"/> Termo de Apreensão, Interdição ou Desanulação	Nº	Nº	Nº
<input type="checkbox"/> Termo de inutilização	Nº	Nº	Nº
<input type="checkbox"/> Termo de Colheita de Amostra	Nº	Nº	Nº
<input type="checkbox"/> Notificação	Nº	Nº	Nº
<input type="checkbox"/> Auto de Infração	Nº	Nº	Nº

09 IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE DE INSPEÇÃO

01 Autoridade Sanitária	
01.1 Nome: _____	01.3 Assinatura: _____
02 Autoridade Sanitária	
02.1 Nome: _____	02.3 Assinatura: _____
03 Autoridade Sanitária	
03.1 Nome: _____	03.3 Assinatura: _____

10 RECIBO
Cópia do Inspeccionado

10.1 Data: _____	10.2 Nome: _____
10.3 Nome: _____	10.4 Assinatura: _____



Termos legais

Microsoft Excel - Roteiro de Inspeção 2009-2010 navios rank1 mod

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Dados Janela Ajuda

50%

30

IDENTIFICAÇÃO			
Porto: Porto de Santos	UF: SP	Data: 18/11/2009	H. fim: 15:00h
Embarcação: GRAND CELEBRATION	IMO: 8314134	H. início: 9:00h	Bandeira: Portuguesa
Empresa Responsável: ISS Marine	Agência Marítima: ISS Marine Services Ltda		
Procedência: Barcelona (Espanha)	Destino: Ilha Bela	Pax: 10	Trip: 561
EQUIPE DE INSPEÇÃO			
Nome da Autoridade Sanitária		Matrícula	Assinatura
Erickson Costa Ferreira		49350	
Inocência Camargo		594148	
Marianna D. Pirrone		1568243	
Osmar Oliveira		599128	
Patrícia Freitas		1568925	
Rosemberg A. Andrade		502098	
TERMOS LEGAIS EMITIDOS Nº. Protocolo		FATO MOTIVADOR	
Inspeção: nº 5392			
Notificação: nº. 675/2009 a 679/2009			
TCSV:		Alicante / Águas	
Auto de Infração:			
Colheita de amostras:			
Inutilização:			
Apreensão, Interdição ou Desinstalação:			
Assinatura do responsável:			

Folha de Rosto RANK

Pronto

Iniciar

Microsoft Excel - Roteiro de Inspeção 2009-2010 navios rank1 mod

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Ferramentas Dados Janela Ajuda

50%

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA ROTEIRO DE INSPEÇÃO EM NAVIOS DE CRUZEIRO - RANQUEAMENTO									
ANÁLISE DOCUMENTAL (Documentos complementares)									
DOCUMENTOS	Apresent		Informações complementares						
	Sim	Não							
a) Livro H4-dica	X								
b) Certificação Intersectorial de Prevenção da Poluição por Esgoto, Manual de Instrução, Planta de Sistema.	X		HACCP e registros de controles nas áreas foram apresentados e avaliados						
c) Manual de BPF, APPCC (HACCP) - Registrar Data Controlador (Isar)	X		NÃO						
d) Livro Registro de Lixos (Garbage Book) e PGRS	X								
e) Plano de Controle de Pesca para registrar no estatuto de procedimento	X		CICSB emitido em Livroro (Itália) em 27/10/2009						
f) Certificação de Controle: Switch de Resduo	X								
g) Plantas Diagrama da produção armazenamento de água	X								
h) Outros (especificar):									
ALIMENTOS									
Score	ITEMS	Satisfatório				Informações complementares (notações e justificativas em casos de marcar N/A e ou N/O)			
		SI	NÃO	N/A	N/O				
0 1	Instalações físicas, equipamentos, móveis e utensílios	x							
0 1 2	Controle de qualidade: identificação, temperatura, integridade e validade	x							
0 1 2	Fluxo operacional				X	Necessidade de adequar o fluxo de acordo com a categoria do alimento (Notificação 677/09)			
ARMAZENAMENTO									
0 1	Instalações físicas, equipamentos, móveis e utensílios				X	Urgente aos casarões que são constituídos por "pisos" de madeira, presença de unidades que não possuem 52.632020. Utiliza o sistema de marcação "FIFO".			
0 1 2	Controle de qualidade: identificação, integridade e validade	x							
0 1 2	Controle de qualidade: temperatura	x							
COZINHA DE PASSAGEIRO									
0 1 2	Instalações físicas	x							
0 1 2	Equipamentos, móveis e utensílios	x							
0 1 2	Higiene/ação de instalações físicas, equipamentos, móveis e utensílios	x				Pequena parte dos equipamentos inspeção física, podendo análise da cozinha de passageiros			

Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Gabinete Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Restrições Aterrestres

Termo de Inspeção Sanitária de Embarcação - TISEM

INSPEÇÃO SANITÁRIA

IDENTIFICAÇÃO DO EMBARCADO

Nº de Registro: 316020

Nº de Embarcação: 451413429

EMBARCADA

NOME: MSC MUSICA

PAIS: PARANENHA

INFORMAÇÕES DO EMBARCADO

Nº de Registro: 49350

NOME: Erickson Costa Ferreira

INFORMAÇÕES DO EMBARCADO

Nº de Registro: 594148

NOME: Inocência Camargo

INFORMAÇÕES DO EMBARCADO

Nº de Registro: 1568243

NOME: Marianna D. Pirrone

INFORMAÇÕES DO EMBARCADO

Nº de Registro: 599128

NOME: Osmar Oliveira

INFORMAÇÕES DO EMBARCADO

Nº de Registro: 1568925

NOME: Patrícia Freitas

INFORMAÇÕES DO EMBARCADO

Nº de Registro: 502098

NOME: Rosemberg A. Andrade

ANÁLISE SANITÁRIA

1. Inspeção visual do ambiente: *ambiente de cozinha de madeira*

2. Inspeção visual dos equipamentos: *equipamentos com madeira*

3. Inspeção visual dos móveis e utensílios: *equipamentos com madeira*

4. Inspeção visual dos equipamentos de armazenamento: *equipamentos com madeira*

5. Inspeção visual dos equipamentos de processamento: *equipamentos com madeira*

6. Inspeção visual dos equipamentos de distribuição: *equipamentos com madeira*

7. Inspeção visual dos equipamentos de limpeza: *equipamentos com madeira*

8. Inspeção visual dos equipamentos de manutenção: *equipamentos com madeira*

9. Inspeção visual dos equipamentos de segurança: *equipamentos com madeira*

10. Inspeção visual dos equipamentos de sinalização: *equipamentos com madeira*

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Auto de Infração Sanitária

1 - Identificação do infrator:

Nome: *MSC MUSICA*

Endereço: *Av. ...*

Cidade: *Paranenha*

Estado: *Paraná*

CPF: *00000000-00*

2 - Identificação do notificador:

Nome: *Erickson Costa Ferreira*

Endereço: *Av. ...*

Cidade: *Paranenha*

Estado: *Paraná*

CPF: *00000000-00*

3 - Descrição do fato:

Inspeção visual do ambiente e equipamentos de armazenamento, distribuição e processamento de alimentos em cozinha de madeira.

NOTIFICAÇÃO

NOTIFICAÇÃO Nº: *675/2009*

1 - Identificação do notificador:

Nome: *Erickson Costa Ferreira*

Endereço: *Av. ...*

Cidade: *Paranenha*

Estado: *Paraná*

CPF: *00000000-00*

2 - Descrição do fato:

Inspeção visual do ambiente e equipamentos de armazenamento, distribuição e processamento de alimentos em cozinha de madeira.

3 - Conclusão da inspeção sanitária:

Inspeção realizada com êxito, observando-se a necessidade de adequar o fluxo de acordo com a categoria do alimento.





Endereço http://www.anvisa.gov.br/sispafra_web/paf_web_frmAutoAtendimento.asp?hidProx:Aba=2# Ir

shop time Web Motors magazineluiza AMERICANAS.COM DELL BAHIA

Ministério da Saúde

SISPAFRA Sistema de Informações sobre Portos, Aeroportos e Fronteiras

Auto-Atendimento Posto de Atendimento Sair

Principal :: Atendimento :: Roteiro de Viagem :: Região :: País

Dados do Viajante Roteiro da Viagem Vacina ou Profilaxia Emissão do CIV

A world map with regional labels: América do Norte, América Central, Caribe, América do Sul, Micronésia, Polinésia, Europa, África do Norte, África do Oeste, África do Leste, África do Sul, África Central, África do Sul, Ásia do Sul, Ásia do Oeste, Ásia do Leste, Ásia Central, Leste da Ásia, Sul da Ásia, Austrália e Nova Zelândia, Melanésia.

Centros de Orientação e Controle do Viajante

Ir

DELL BAHIA

Ministério da Saúde

SISPAFRA Sistema de Informações sobre Portos, Aeroportos e Fronteiras

Auto-Atendimento Posto de Atendimento Sair

Principal :: Atendimento :: Roteiro de Viagem :: Região :: País

Dados do Viajante Roteiro da Viagem Vacina ou Profilaxia Emissão do CIV

Agência Nacional de Vigilância Sanitária Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados

Sr(a) **FRANCISCO VANIN PASCALICCHIO**, para que você realize sua viagem para **GANÁ** com maior segurança para sua saúde, a ANVISA recomenda os seguintes cuidados:

Doenças de Interesse à Saúde

- INFLUENZA A(H1N1) 2009
- ORIENTAÇÕES GERAIS
- POLIOMIELITE
- RISCO DE TRANSMISSÃO DE DENGUE
- RISCO DE TRANSMISSÃO DE FEBRE AMARELA

Medidas de saúde pública relativas a pessoas

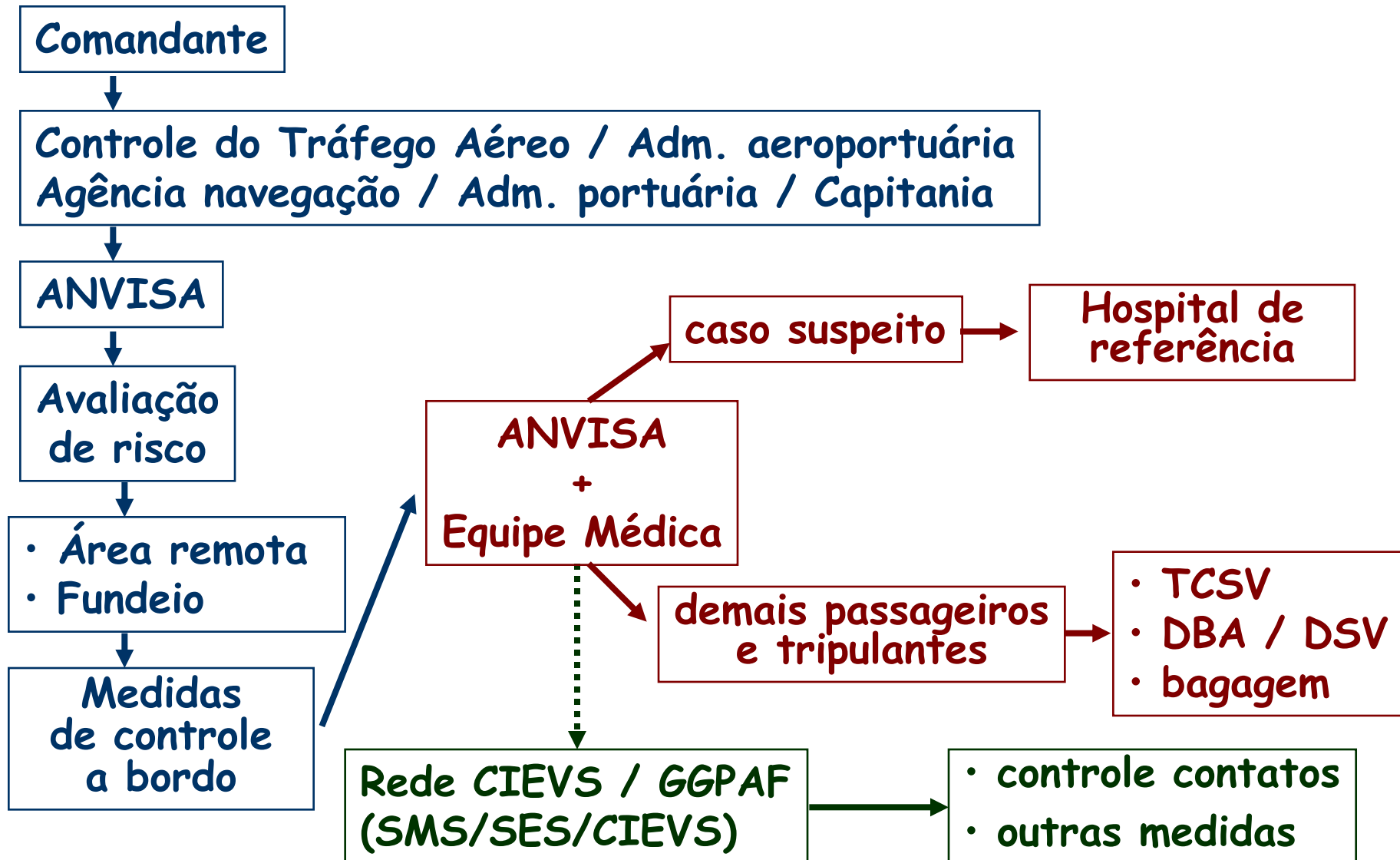
I. Os estados-membros podem exigir:

- informações relativas ao itinerário
- exames de documentos de saúde
- exame médico não invasivo
- inspeção de bagagens (e destruição s/n)
- medidas profiláticas: vacinação
- isolamento / quarentena
- busca de contatos
- recusar a entrada de pessoas (triagem)


II. Recomendações temporárias pela OMS:

- medidas de saúde específicas frente a uma ESPII



Fluxograma para caso suspeito em aeronave ou embarcação



Termo de Controle Sanitário do Viajante

 Agência Nacional de Vigilância Sanitária		Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados Posto _____	
Termo de controle sanitário do viajante Term de contrôle sanitaire de voyageurs Term of health control of travelers		N: _____	Data / Date / Date: _____
1 - Nome Completo / Full Name / Nom et Prénom: _____		Data Nascimento/Birth Date/ Date de na _____	
Nº do Passaporte ou C. de Identidade e País Passport Number/ Country: Número du passport et pays: _____		Sexo / Sex / Sexe: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
2 - Endereço(s) para contato no Brasil/ Address (es) where you can be found in Brazil/ Adresse pour contact au Brésil: _____			
Cidade(s)/City(ies)/Ville(s): _____		Estado(s)/State(s)/État(s): _____	
E-mail: _____		Telefone/Phone/Téléphone: _____	
3 - Países por onde circulou desde a ordem da viagem/Country where you have been/Pays où vous êtes allé: _____			
4 - Nome da Empresa _____			
5 Tipo do meio de transporte: <input type="radio"/> Voo <input type="radio"/> Embarcação <input type="radio"/> Veículo <input type="radio"/> Trem <small>Flight Ship Vehicle Train</small> <small>Vuelo Embarcación Vehículo Train</small>		Nº/Nome/Placa: _____	Assento(s) / Camarote(s): Seats / Cabin: Siège / Cabina: _____
6 - Sinais e Sintomas de doenças e outras situações de interesse a saúde pública observados/Noted symptoms and signs and other occurrences related to interest public health diseases/Sintomas observados: <input type="radio"/> Febre / Fever / Fièvre <input type="radio"/> Tosse ou falta de ar / cough, breath difficulty/ toux, difficulté pour respirer <input type="radio"/> Outros - específicoar (ex: óbito, diarreia, manchas vermelhas na pele, icterícia, dor de cabeça, vômito, hemorragia, dores musculares etc.) / Other- specific (i.e: obit, diarrhea, rash, jaundice, headache,vomit, haemorrhage, muscular pain etc.) / Autres- spécifique (ex. Décès, diarrhée, éruptions dans la peau, ictericia, mal de tête, vomissement, hémorragie, douleurs musculaires etc.): _____ <input type="radio"/> Nenhum / None / Nul			
7 - Conclusão da ação de controle sanitário/ Conclusion of the health control action/ Conclusion de l'action de contrôle sanitaire : <input type="radio"/> Desembarque/Entrada no país autorizado / Disembark authorized/ Débarquement autorisé <input type="radio"/> Desembarque/Entrada não autorizado / Disembark non authorized/ Débarquement non autorisé <input type="radio"/> Embarque autorizado / Embark authorized /Ebarquement autorisé <input type="radio"/> Embarque não autorizado / Embark non authorized / Ebarquement non autorisé <input type="radio"/> Com Vigilância Ativa / active surveillance / veille active			
Assinatura e Selo da Autoridade Sanitária Health Authority signature Signature de l'Autorité Sanitaire	Assinatura do viajante ou responsável legal Traveler's signature Signature du voyageur	Assinatura e Identificação da Autoridade Receptora do Termo Authority signature Autorité Sanitaire	
IMPORTANTE: apresente essa declaração ao profissional de saúde que lhe prestar atendimento. IMPORTANT: present this declaration to the doctor who has attended you. IMPORTANT: présentez cette déclaration au médecin qui vous soigne. PREZADO PROFISSIONAL DE SAÚDE: Caso esse viajante apresente sinais e/ou sintomas de doença de interesse a saúde pública que não estejam acima descrita entre em contato com nosso Posto de Vigilância Sanitária. (Telefone: _____) ou o CIEVS (0800-6446645 - notifica@saude.gov.br)			

Declaração de Bagagem Acompanhada (DBA)

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL DECLARAÇÃO DE BAGAGEM ACOMPANHADA		
DADOS PESSOAIS E DA VIAGEM		
Nome completo _____		
Passaporte ou carteira de identidade (n.) _____	CPF (se residente no Brasil) _____	
País de residência _____	País de procedência _____	Data de nascimento _____/_____/_____
Nº do voo ou identificação do veículo _____	Assento/Cabine _____	Data da chegada _____/_____/_____
Cidade e país de embarque _____	Locais de escala/conexão _____	
Endereço no Brasil (Hotéis /Cidades /Estados) ou Telefone ou Correio Eletrônico _____		
 Receita Federal		
www.receita.fazenda.gov.br		

SARG: 06/04/03 a 05/07/03

- **Vôos internacionais: 65 / dia**
⇒ **Vôo de área de risco: 1 - Canadá**
- **Viajantes de vôos internacionais: 221.670**
⇒ **DSV: 181.425 (81,84%)**



Embarcações provenientes de Angola (inspeção no fundeio)

Viajante de área suspeita e/ou contato com doente por VHM

**Inspeção FHM
7 emb. proced.
de Angola
02-22/04/05**

Não

Sim

> 15 dias

<15 dias

Viajante
assintomático

Viajante
com sintomas

Emissão LP

Monitora até 15 dias
para emissão LP

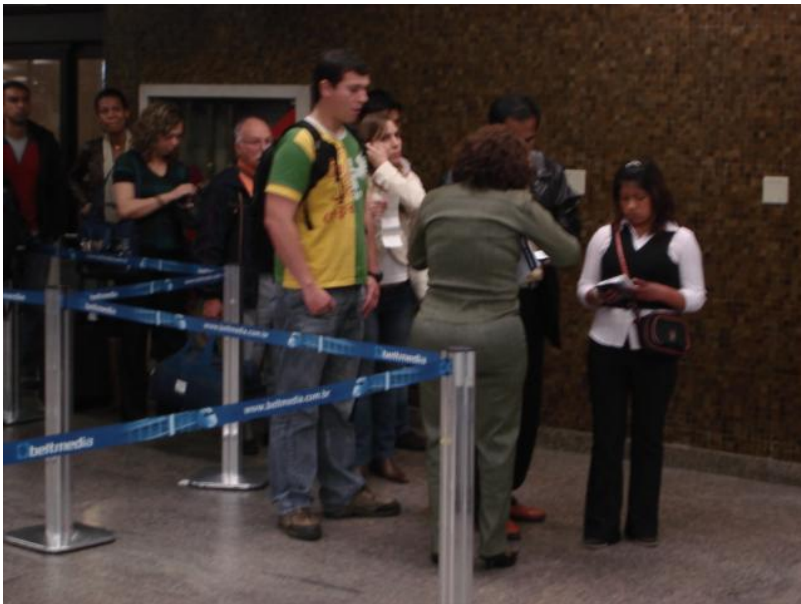
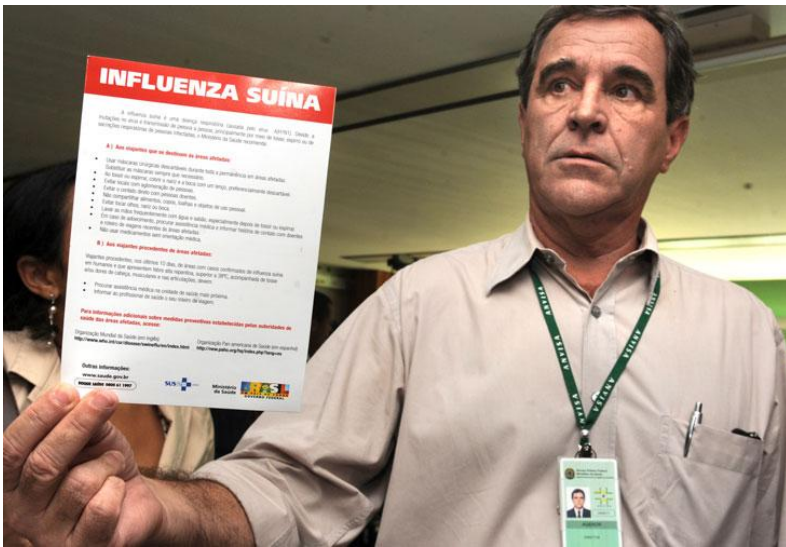
Não emite LP
Aguarda 15 dias

Internação
Quarentena
VEp ativa
LP: não

Caso suspeito: área suspeita (Uige/Angola) e/ou contato com FHM (contato próximo com óbito, doente, animal suspeito de óbito por FHM ou contato com amostras de laboratório)

Influenza A/H1N1: casos CVPAF/SP abril-agosto de 2009

1. **VCP**: 10 atendimentos / 4 suspeitos (todos vôos nacionais)
2. **CGH**: subnotificação em função da definição de caso suspeito
3. **STS**: 1 caso suspeito
4. **PAGRU**: 427 casos atendidos (Brasil: 635 registros)
 - 161 casos atendidos descartados (37,7%)
 - 266 casos atendidos suspeitos (62,3%)
 - ✓ 149 "capturas" no desembarque
 - ✓ 47 buscas espontâneas (26 comunidade aeroportuária)
 - ✓ 70 demandas do CVE ou GCOVI p/ lista de contatos
5. **Outros**
 - atendimentos por telefone
 - servidores ANVISA e SES/SP: casos suspeitos



Declaração de Saúde do Viajante

INFLUENZA A(H1N1)

A **Influenza A(H1N1)** é uma doença respiratória e a transmissão ocorre de pessoa a pessoa, principalmente por meio de tosse, espirro ou de contatos com secreções respiratórias das pessoas infectadas. Devido a ocorrência de casos de **Influenza A(H1N1)** em vários países, o Ministério da Saúde recomenda:

AOS VIAJANTES PROCEDENTES DE PAÍSES AFETADOS:
Caso apresentem febre, rinite ou sintomas de tosse ou dor de garganta em até 10 dias após saírem do país afetado para **Influenza A(H1N1)**, devem:


- Procurar assistência médica na unidade de saúde mais próxima e informar ao profissional de saúde o seu status de viajante.

AOS VIAJANTES QUE SE DESTINAM AOS PAÍSES AFETADOS:
Seguir rigorosamente as recomendações das autoridades sanitárias locais, principalmente no que se refere ao uso de máscaras cirúrgicas descartáveis, durante a permanência nos países afetados.


Para informações adicionais, acesse:

Organização Mundial da Saúde em inglês: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html>
Organização Panamericana de Saúde em espanhol: <http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es>


MEDIDAS SIMPLES PARA SE PREVENIR DA GRIPE:




Lavar as mãos frequentemente com água e sabão, especialmente depois de tossir ou espirrar.




Ao tossir ou espirrar, cobrir o nariz e a boca com um lenço, preferencialmente descartável.




Não compartilhar alimentos, copos, talheres e objetos de uso pessoal.



Pessoas com qualquer gripe não devem frequentar ambientes fechados e com aglomerações de pessoas.







Procure logo uma unidade de saúde em caso de suspeita de infecção pela Influenza A(H1N1) para diagnóstico e tratamento adequados.



Não usar medicamentos sem orientação médica. A automedicação pode ser prejudicial à saúde.

Outras informações: www.saude.gov.br
0800-34886-0800 at 1917

DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE HEALTH TRAVELLER DECLARATION DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO

1. Meio de transporte / Means of transportation / Medio de transporte: <input type="checkbox"/> Avião / Airplane / Avión <input type="checkbox"/> Embalagem / Ship / Embarcación <input type="checkbox"/> Ônibus / Vehicle / Autobus	
2. Empresa / Company / Empresa / Sociedad / Empresa / Company / Flight # / Número / Compañía / Empresa / Número / Empresa / Número / Empresa / Número / Empresa / Número / Empresa / Número	
3. Nome completo / Full name / Nombre completo:	
4. País de origem / Country of origin / País de origen / Fecha de ingreso / Date of arrival / Fecha de ingreso:	
5. Data de emissão / Issue date / Fecha de emisión:	
6. País de destino / Destination / País de destino / Fecha de salida / Date of departure / Fecha de salida:	
7. Nome completo / Full name / Nombre completo:	
8. País de destino / Destination / País de destino / Fecha de salida / Date of departure / Fecha de salida:	
9. Nome completo / Full name / Nombre completo:	
10. País de destino / Destination / País de destino / Fecha de salida / Date of departure / Fecha de salida:	

6. Sinais e sintomas observados nos últimos 10 dias / Signs and symptoms observed in the last 10 days / Señales y síntomas observados en los últimos 10 días:

<input type="checkbox"/> Febre / Fever / Fiebre	<input type="checkbox"/> Tosse / Cough / Tose
<input type="checkbox"/> Fadiga / Fatigue / Debilidad / Weakness / Déficit de energía	<input type="checkbox"/> Diarreia / Diarrhea / Diarrea
<input type="checkbox"/> Dor de cabeça / Headache / Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Erupção da pele / Skin rash / Erupción de la piel
<input type="checkbox"/> Dor de garganta / Sore throat / Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Sangramento / Hemorrhage / Sangrado
<input type="checkbox"/> Dor muscular / Muscle pain / Dolor muscular / Artralgia	<input type="checkbox"/> Hêmico / Nose / Nasangano
<input type="checkbox"/> Dor abdominal / Abdominal pain / Dolor abdominal	

11. País de origem / Country of origin / País de origen / Fecha de salida / Date of departure / Fecha de salida:

Estado / State / Estado / Province / Province / Provincia	Cidade / City / Ciudad / Capital / Capital / Capital
Telefone / Phone / Teléfono	

 12. País de destino / Destination / País de destino / Fecha de salida / Date of departure / Fecha de salida:

Cidade / City / Ciudad / Capital / Capital / Capital	
Telefone / Phone / Teléfono	

 13. Nome completo / Full name / Nombre completo:





Estado / State / Estado / Province / Province / Provincia	Cidade / City / Ciudad / Capital / Capital / Capital
Telefone / Phone / Teléfono	

 14. Nome completo / Full name / Nombre completo:

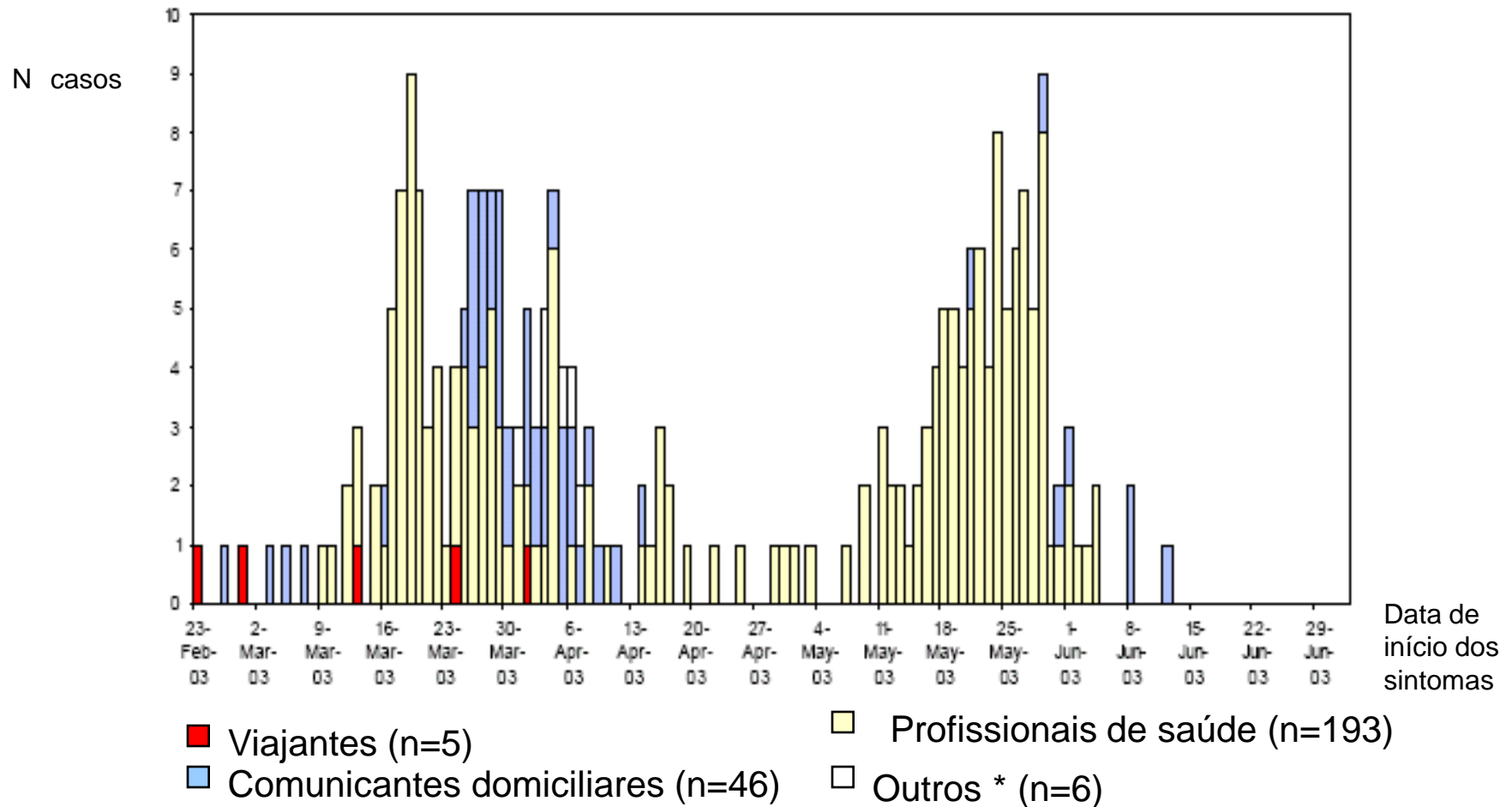
Estado / State / Estado / Province / Province / Provincia	Cidade / City / Ciudad / Capital / Capital / Capital
Telefone / Phone / Teléfono	

USO OFICIAL / OFFICIAL USE / USO OFICIAL
DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE
HEALTH TRAVELLER DECLARATION
DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO

Outras informações: www.saude.gov.br
0800-34886-0800 at 1917

Curva epidêmica da epidemia de SRAG em Ontário, 23/02 a 02/07/03.



Fonte: Public Health Agency of Canada – WWW.phac-aspc.gc.ca.

Desafios & Propostas:

1. Resposta rápida (URR):

- ✓ *notificação sensível e oportuna;*
- ✓ *adequado transporte, diagnóstico, isolamento e tratamento de casos suspeitos;*
- ✓ *investigação do evento.*

2. Aperfeiçoar planos de contingência (* eventos coletivos).

3. Procedimentos de rotina: ambientes seguros nos pontos de entrada.

4. Fortalecimento das capacidades de triagem e controle de infecção nos locais de entrada no sistema de saúde.

5. Bases legais: restrições de entrada e saída, isolamento, triagem médica etc.

6. Conscientização em saúde pública do viajante.



Kaspar Memberg, 1587

Muito Obrigado !

Francisco Vanin Pascalicchio
francisco.vanin@anvisa.gov.br
(11) 3021-3000