

# Regulamento Sanitário Internacional

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

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI)  
e o que a Macroregião Sul/Sudeste do  
Estado de São Paulo tem a ver com isso

CCD/SES-SP

23/06/10

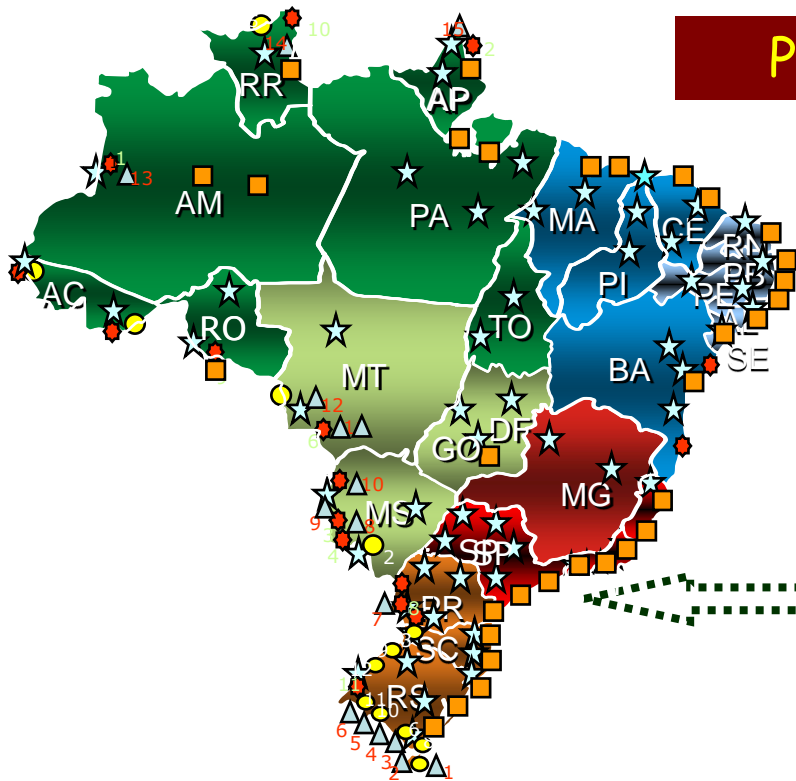
Francisco Vanin Pascalicchio  
CVPAF/SP - ANVISA/MS



Agência Nacional  
de Vigilância Sanitária

[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)

## Pontos de entrada designados



### Brasil:

- 25 pontos de entrada

### Estado de São Paulo

- Aeroporto de Guarulhos
- Porto de Santos
- Aerop. Viracopos
- Aerop. Congonhas
- Porto S. Sebastião
- Correios

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

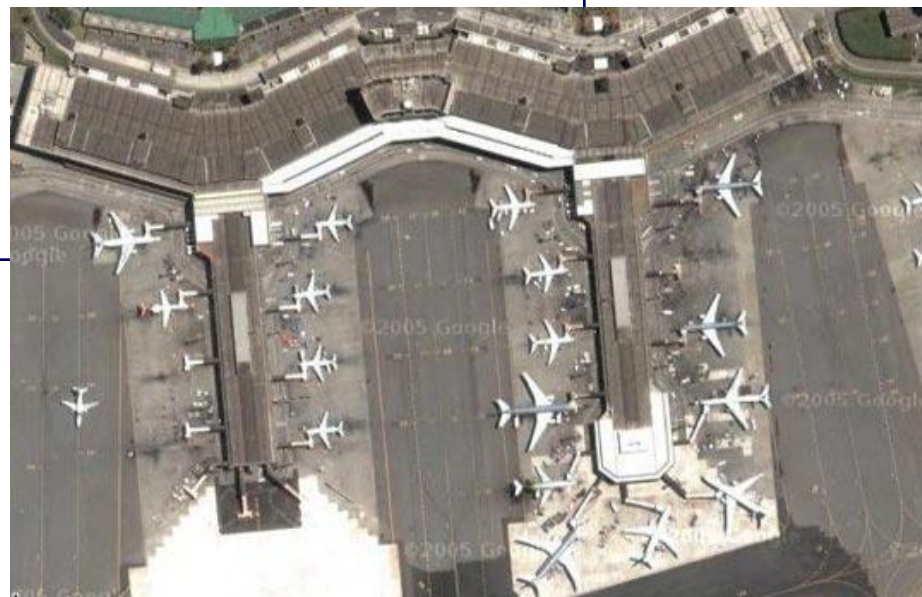


# Regulamento Sanitário Internacional

- Designação à OMS dos portos e aeroportos dotados das capacidades básicas (Anexo 1-B)
- Emissão de documentos:
  - ✓ Certificado de Controle Sanitário da Embarcação
  - ✓ Certificado de Dispensa de Controle Sanitário
- Medidas de saúde na chegada e saída de viajantes
- 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

# 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



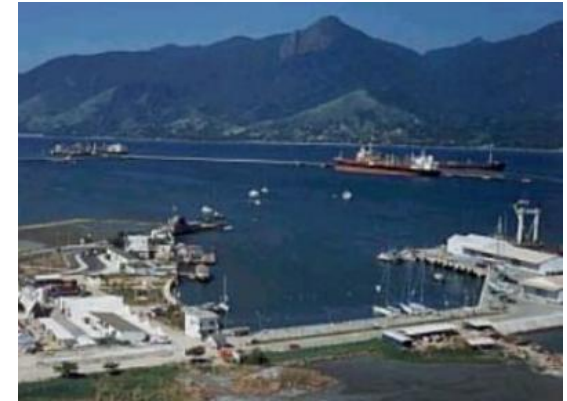
## Aeroporto Congonhas

- 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



# Controle alimentos





# Água potável



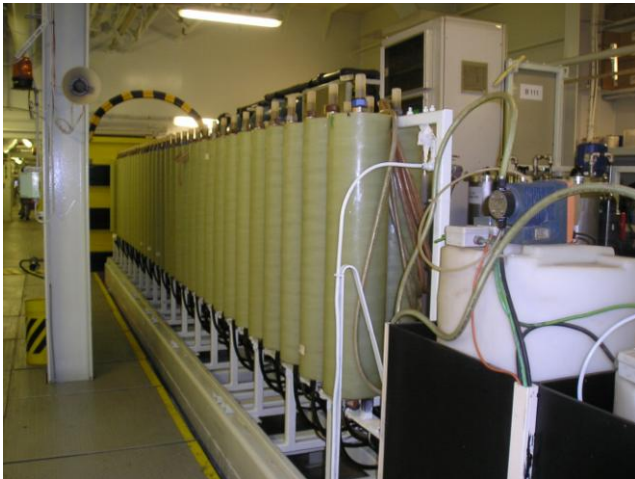
Cloro



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:
  - ✓ controle de água potável e residuais
  - ✓ limpeza e desinfecção (PLD)
  - ✓ climatização
  - ✓ controle de vetores
- RDC 56 e 306
  - ✓ gerenciamento de resíduos sólidos
- RDC 81
  - ✓ controle de produtos importados
- RDC 345 e 346
  - ✓ prestadores de serviços
- RDC 68
  - ✓ translado 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
<b>ALIMENTOS</b>						
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						
<b>INSTALAÇÕES MÉDICAS</b>						
Condições higiênicas-sanitárias						
Registros médicos						
<b>ALOJAMENTOS</b>						
Condições higiênicas-sanitárias da área						
<b>ÁGUA POTÁVEL</b>						
Fonte de Água Potável						
Sistema de Reservação e Distribuição de Água						
Registros (Reserva)						
<b>EFLUENTES SANITÁRIOS</b>						
Sistema de Tratamento de Efluentes						
Registros de Limpeza e Desinfecção						
<b>RESÍDUOS SÓLIDOS</b>						
Acondicionamento/Armazenamento dos resíduos sólidos						
Tratamento de Resíduos Sólidos de bordo						
Retirada de Resíduos Sólidos de bordo						
<b>FAUNA SINANTRÓPICA NOCIVA</b>						
Prevenção						
Presença e ou vestígios						
<b>OUTRAS ÁREAS</b>						
Falha no controle sanitário de animais e seus excrementos						
Sala de Máquinas - Condições higiênicas sanitárias						
Deck - Condições higiênicas sanitárias						
Sem violações encontradas. Embarcação está isenta de medidas de controle.				Medidas de controle indicadas foram aplicadas na data da re-inspeção.		
Identificação do Funcionário: <input type="text"/>				Data de emissão: <input type="text"/>		



Agência Nacional  
 de Vigilância Sanitária

# Declaração Marítima de Saúde

ANEXO III  
DECLARAÇÃO MARÍTIMA DE SAÚDE  
Maritime Declarations of Health

C/PAF/ \_\_\_\_\_ PP \_\_\_\_\_  
N.º \_\_\_\_\_

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

 <b>ANVISA</b> Agência Nacional de Vigilância Sanitária National Health Surveillance Agency, Brazil		<b>DECLARAÇÃO GERAL GENERAL DECLARATION</b> (Saída/Entrada) (Outward/Inward)	
Transportador Operator _____			
Nacionalidade e Registro Marks of Nationality and Registration _____		Voo Flight No _____	Data Date _____
Partida de Departure from _____ <small>(Localidade/Place)</small>		Chegada em Arrival at _____ <small>(Localidade/Place)</small>	
<b>ROTA DE VÔO FLIGHT ROUTING</b> <small>(Na coluna "localidade" deverão ser sempre mencionados a origem, as escalas e o destino)          ("Place" Column always to list origin, every en-route stop and destination)</small>			
<b>LOCALIDADE PLACE</b>	<b>NÚMERO TOTAL DE TRIPULANTES TOTAL NUMBER OF CREW</b>	<b>NÚMERO DE PASSAGEIROS NESTA ESCALA NUMBER OF PASSENGERS ON THIS STAGE</b>	
_____	_____	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 _____	
<b>Declaração de Saúde Declaration of Health</b> 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, calafrios, 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.		<b>Somente para uso oficial For official use only</b>	
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.			
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.			
Tripulante Responsável Crew member concerned _____			
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.			
			Agente autorizado ou Comandante da aeronave Authorized Agent or Pilot-in-command _____



# Termo de Inspeção Sanitária em Aeronaves

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

CVS/PAR\_ 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 Prefácio: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_  
 Indene  Perigo  Dengue  
 Cólera  Malária  Doenças emergentes  
 Febre amarela

2.9 Escala:  
 2.9.1 País / Cidade / Aeroporto: \_\_\_\_\_  
 Indene  Perigo  Dengue  
 Cólera  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  
 Remoção para verificação de cumprimento de exigências  
 Nº de Tripulantes desembarcados: \_\_\_\_\_  
 Nº de Passageiros desembarcados: \_\_\_\_\_  
 Nº de Passageiros em Trânsito: \_\_\_\_\_

3.5 Autoridade Sanitária:  
 3.5.1 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): \_\_\_\_\_

**04 ANÁLISE DA INSPEÇÃO (marcar com um "x")**

4.1 Áreas inspecionadas:  
**NR (Não Realizada) - NV (Não Verificada) - I (Insatisfatória) - S (Satisfatória)**

5.1.1 Galley:  
 (NR) (NV) (I) (S) Limpeza \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_  
 (NR) (NV) (I) (S) Desinfecção \_\_\_\_\_  
 (NR) (NV) (I) (S) Descontaminação \_\_\_\_\_

5.1.2 Cabines:  
 (NR) (NV) (I) (S) Limpeza \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_  
 (NR) (NV) (I) (S) Desinfecção \_\_\_\_\_  
 (NR) (NV) (I) (S) Descontaminação \_\_\_\_\_  
 (NR) (NV) (I) (S) Substituição das Mantas \_\_\_\_\_  
 (NR) (NV) (I) (S) Substituição dos Travesseiros \_\_\_\_\_

5.1.3 Sanitários:  
 (NR) (NV) (I) (S) Limpeza \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_  
 (NR) (NV) (I) (S) Desinfecção \_\_\_\_\_  
 (NR) (NV) (I) (S) Descontaminação \_\_\_\_\_

5.2 Sistema de Água Potável NV (Não Verificada) - I (Insatisfatória) - S (Satisfatória)  
 (NR) (NV) (I) (S) Limpeza e desinfecção \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_  
 (NR) (NV) (I) (S) Controle de qualidade de água \_\_\_\_\_

**5.3 Sistema de Resíduos Sólidos**  
 NR (Não Realizada) - NV (Não Verificada) - I (Insatisfatória) - S (Satisfatória)  
 (NR) (NV) (I) (S) Acondicionamento \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_  
 (NR) (NV) (I) (S) Remoção \_\_\_\_\_  
 (NR) (NV) (I) (S) Transporte \_\_\_\_\_  
 (NR) (NV) (I) (S) Uso de EPI's \_\_\_\_\_

**5.4 Abastecimento de Alimentos**  
 R (Realizada) - NR (Não Realizada) - NV (Não Verificada) - I (Insatisfatória) - S (Satisfatória)  
 (NR) (NV) (I) (S) Condições de Abastecimento \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_  
 (NR) (NV) (I) (S) Coleta de Amostras \_\_\_\_\_  
 Identificação do Veículo de Abastecimento: \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_  
 (NV) (I) (S) Prazo de validade \_\_\_\_\_  
 (NUC) (DSM) Anormalidade clínica a bordo \_\_\_\_\_  
 Nº de álbos a bordo: \_\_\_\_\_

**5.6 Controle de Vetores**  
 NR (Não Realizada) - NV (Não Verificada) - I (Insatisfatória) - S (Satisfatória)  
 (NR) (NV) (I) (S) Desinsetização em voo \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_  
 (NR) (NV) (I) (S) Desinsetização pós voo \_\_\_\_\_  
 (NR) (NV) (I) (S) Desinsetização do porto de carga \_\_\_\_\_  
 (NR) (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**

Termo de Apreensão, Interdição ou Desanulação Nº \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
 Termo de inutilização Nº \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
 Termo de Colheita de Amostra Nº \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
 Notificação Nº \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
 Auto de Infração Nº \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

**09 IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE DE INSPEÇÃO**

9.1 Autoridade Sanitária:  
 9.1.1 Nome: \_\_\_\_\_ 9.1.3 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 9.1.2 Matrícula: \_\_\_\_\_

9.2 Autoridade Sanitária:  
 9.2.1 Nome: \_\_\_\_\_ 9.2.3 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 9.2.2 Matrícula: \_\_\_\_\_

9.3 Autoridade Sanitária:  
 9.3.1 Nome: \_\_\_\_\_ 9.3.3 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 9.3.2 Matrícula: \_\_\_\_\_

**10 RECIBO**

Cópia do Inspeccionado  
 10.1 Data: \_\_\_\_\_ 10.2 Nome: \_\_\_\_\_  
 10.3 Nome: \_\_\_\_\_ 10.4 Assinatura: \_\_\_\_\_

# 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	Cachet 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.

# Termos legais

Microsoft Excel - Roteiro de Inspeção 2009-2010 navios rank 1 mod

IDENTIFICAÇÃO			
Porto: Porto de Santos	UF: SP	Data: 18/11/2009	H. fim: 15:00h
Embarcação: GRAND CELEBRATION	IMO: 8314134	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	1588243		
Osmar Oliveira	699126		
Patrícia Freitas	1588925		
Rosemberg A. Andrade	502098		
TERMOS LEGAIS EMITIDOS Nº. Protocolo		FATO MOTIVADOR	
Inspeção: nº 5392			
Notificação: nº: 675/2009 a 679/2009		Alincosa / Áreas	
TCSV:			
Auto de Infração:			
Colheita de amostras:			
Inutilização:			
Apreensão, Interdição ou Desintoxicação:			
Assinatura do responsável:			

Microsoft Excel - Roteiro de Inspeção 2009-2010 navios rank 1 mod

DOCUMENTOS				Apresent		Informações complementares	
				Sim	Não		
a) Livro Higiene				X			
b) Certificação Internacional de Prevenção da Poluição por Escória, Manual de Instrução, Planta de Sistema.				X		RACCP e registros de controles nas áreas foram apresentados e avaliados	
c) Manual da BPF, APPCC (HACCP) - Registrar Data Controlador (Isar)				X		NÃO	
d) Livro Registro de Lixa (Garbage Book) e PGRS				X		CICSB emitido em Livro no (Itália) em 27/10/2009	
e) Plano de Controle de Pesca com registro no startboard do procedimtor				X			
f) Certificação de Controle, Sinalética de Bordo				X			
g) Plantas Diagrama das produções armazenamento de água				X			
h) Outras (especificar):							
ALIMENTOS							
Score	ITENS			Satisfatório		Informações complementares (notações e justificativas em casos de marcar N/A e ou N/O)	
	0	1	2	SI	NÃO	N/A	
RECEBIMENTO							
0	1	Instalações físicas, equipamentos, móveis e utensílios			X		
0	1	Controle de qualidade: identificação, temperatura, integridade e validade			X		
3							Necessidade de adequar o fluxo de acordo com a categoria do alimento (Notificação 677/09)
0	1	Fluxo operacional				X	
ARMAZENAMENTO							
0	1	Instalações físicas, equipamentos, móveis e utensílios				X	Urgente aos cabanos de ser constituido por "fifos" de pressão de unidades que estejam em operação
0	1	Controle de qualidade: identificação, integridade e validade			X		Unifica o sistema de marcaçoes "FIFO"
0	1	Controle de qualidade: temperatura			X		
COZINHA DE PASSAGEIRO							
0	1	Instalações físicas			X		
0	1	Equipamentos, móveis e utensílios			X		
0	1	Higienização de instalações físicas, equipamentos, móveis e utensílios			X		Pequena parte dos equipamentos inspeção física, podendo análise da cozinha de passageiros

Página 1

Página 2

IMPRESSÃO COMPLEMENTAR

→ falta a temperatura em alguns pontos da cozinha - apenas aberturas e fechamentos de portas e janelas - manter temperatura de controle da temperatura da geladeira - italiano - para armazenamento de comida

→ falta a limpeza de suas embalagens original - mantendo as acondicionadas em embalagens plásticas separadas

CONCLUSÃO DA INSPEÇÃO SANITÁRIA (prestar em: "S")

1 - Inspeção em Condições Regulares Sanitárias. Sanitárias.

2 - Observação: quanto à organização sanitária de equipamentos pessoais, onde foram verificados e cumprimentos com as normas.

3 - Observação: quanto à limpeza, onde há áreas de uso sem base de Controle Sanitário, após o cumprimento das instruções sanitárias.

4 - Inspeção em Condições Regulares Sanitárias. Insatisfatórias, que implicam a concessão de notificação da Inspeção, sob a qual se aguarda a realização de ações corretivas, conforme estabelecido em legislação.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
Gabinete Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Rotas Alternativas

TERMO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA DO EMBARCADO - TISEM

INSPEÇÃO SANITÁRIA Nº: 5392

EMBARCADAÇÃO: HSC MUSICA

EMBARCADAÇÃO: PANAMENHA

IDENTIFICAÇÃO DO NOTIFICADO

Nome: HSC MUSICA

Endereço: Rua ...

Assinatura do responsável: [Assinatura]

Assinatura do Inspectador: [Assinatura]

Observações: [Handwritten notes]

Assinatura: [Assinatura]

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Auto de Infração Sanitária

1 - Identificação do Infração:

Nome: [Handwritten]

Endereço: [Handwritten]

Cidade: [Handwritten]

Assinatura do Inspectador: [Assinatura]

Assinatura do Responsável: [Assinatura]

Observações: [Handwritten]

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Notificação

1 - Identificação do Notificador:

Nome: [Handwritten]

Endereço: [Handwritten]

Cidade: [Handwritten]

Assinatura do Inspectador: [Assinatura]

Assinatura do Responsável: [Assinatura]

Observações: [Handwritten]



- 23% brasileiros irão viajar em 2010
  - ✓ 45,2% carro
  - ✓ 37,4% ônibus
  - ✓ 10,4% avião
  - 2,2% exterior

(fonte: CNT/Sensus, nov/2009)



Endereço [http://www.anvisa.gov.br/sispafra\\_web/paf\\_web\\_frmAutoAtendimento.asp?hidProx:Aba=2#](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 regions labeled in Portuguese: 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, Sudeste da Ásia, Austrália e Nova Zelândia, e 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 **GANA** 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

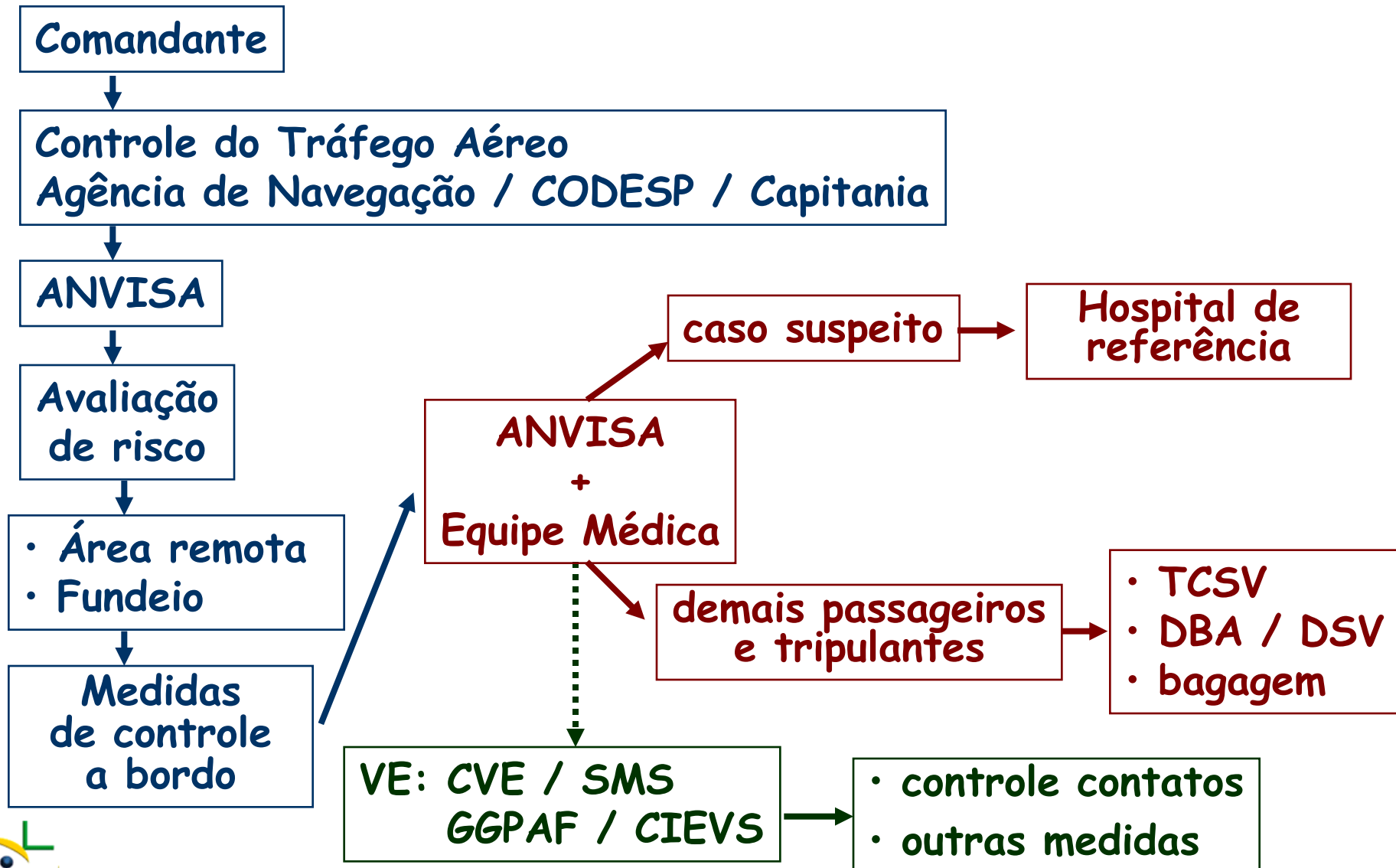
## I. Os estados-membros podem exigir:

- 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

 <b>Agência Nacional de Vigilância Sanitária</b>		<b>Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados</b> Posto _____	
<b>Termo de controle sanitário do viajante</b> Term de contrôle sanitaire de voyageurs Term of health control of travelers		<b>N°:</b> _____	<b>Data / Date / Date:</b> _____
<b>1 - Nome Completo / Full Name / Nom et Prénom:</b> _____		<b>Data Nascimento/Birth Date/ Date de na:</b> _____	
<b>Nº do Passaporte ou C. de Identidade e País</b> Passport Number/ Country: Número du passport et pays: _____		<b>Sexo / Sex / Sexe:</b> <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
<b>2 - Endereço(s) para contato no Brasil/ Address (es) where you can be found in Brazil/ Adresse pour contact au Brésil:</b> _____			
<b>Cidade(s)/City(ies)/Ville(s):</b> _____		<b>Estado(s)/State(s)/État(s):</b> _____	
<b>E-mail:</b> _____		<b>Telefone/Phone/Téléphone:</b> _____	
<b>3 - Países por onde circulou desde a ordem da viagem/Country where you have been/Pays où vous êtes allé:</b> _____			
<b>4 - Nome da Empresa</b> _____			
<b>5 Tipo do meio de transporte:</b> <input type="radio"/> Voo / Flight / Vuelo <input type="radio"/> Embarcação / Ship / Embarcación <input type="radio"/> Veículo / Vehicle / Vehicule <input type="radio"/> Trem / Train / Train		<b>Nº/Nome/Placa:</b> _____	<b>Assento(s) / Camarote(s):</b> Seats / Cabin: Siège / Cabina: _____
<b>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:</b> <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- specificfly (i.e: obit, diarrhea, rash, jaundice, headache,vomit, haemorrhage, muscular pain etc.) / Autres- spécifiquear (ex. Décès, diarrhée, éruptions dans la peau, ictericia, mal de tête, vomissement, hémorragie, douleurs musculaires etc.): _____ <input type="radio"/> Nenhum / None / Nulle			
<b>7 - Conclusão da ação de controle sanitário/ Conclusion of the health control action/ Conclusion de l'action de contrôle sanitaire :</b> <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			
<b>Assinatura e Selo da Autoridade Sanitária</b> Health Authority signature Signature de l'Autorité Sanitaire	<b>Assinatura do viajante ou responsável legal</b> Traveler's signature Signature du voyageur	<b>Assinatura e Identificação da Autoridade</b> Receptora do Termo Authority signature Autorité Sanitaire	
<b>IMPORTANTE: apresente essa declaração ao profissional de saúde que lhe prestar atendimento.</b> <b>IMPORTANT: present this declaration to the doctor who has attended you.</b> <b>IMPORTANT: presentez cette déclaration au médecin qui vous soignent.</b> <b>PREZADO PROFISSIONAL DE SAÚDE:</b> 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)

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



**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%)**
  - ⇒ **Área de risco: 2.839 (1,56%)**
  - ⇒ **Sintomáticos: 17 (0,6%)**



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

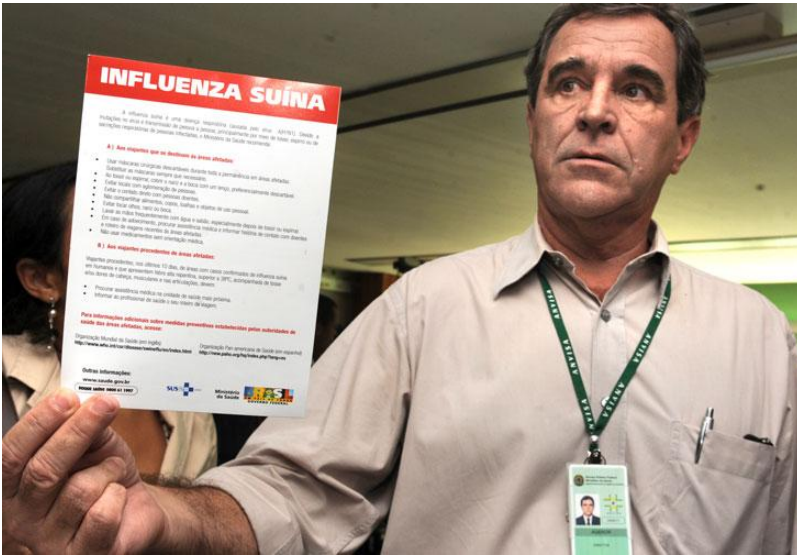
Não emite LP  
Aguarda 15 dias

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. **GRU**: 427 casos atendidos (Brasil: 635 registros)
  - 161 descartados (37,7%)
  - 266 suspeitos (62,3%)
2. **VCP**: 10 atendimentos / 4 suspeitos (todos vôos nacionais)
3. **CGH**: subnotificação em função da definição de caso suspeito
4. **Santos**: 1 caso suspeito





# 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 contato com secreções respiratórias das pessoas infectadas. Devido à ocorrência de casos de **Influenza A(H1N1)** em vários países, o Ministério da Saúde recomenda:

### AOS VIAJANTES PROCEDENTES DE PAÍSES AFETADOS:

Caso apresentem febre, narizinho acompanhado 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/swinefluen/en/index.html>

Organização Panamericana de Saúde em espanhol  
<http://www.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.	Evitar tosse 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 autotreamentação pode ser prejudicial à saúde.

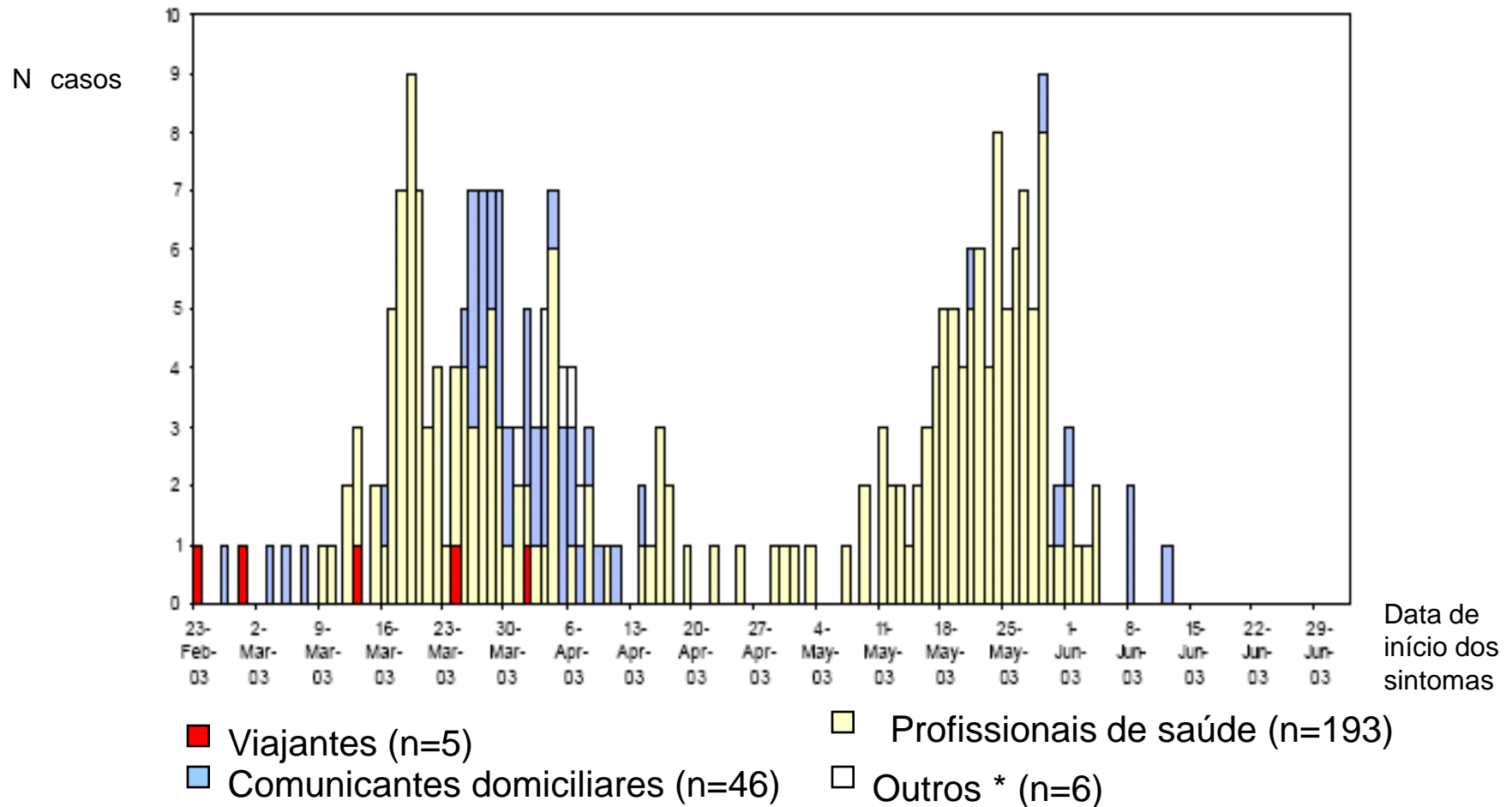
Outras informações:  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)  
0800-31886 0800 31 1997

SUS Agência Nacional de Saúde Pública Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde

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

<input type="checkbox"/> Médico(a) viajante / Médico(a) viajante / Médico(a) viajante <input type="checkbox"/> De avião / Avião(a) / Avion <input type="checkbox"/> De barco / Barco / Barco(a) <input type="checkbox"/> De trem / Trem / Tren <input type="checkbox"/> De ônibus / Ônibus / Autobús <input type="checkbox"/> De caminhão / Camião / Camión <input type="checkbox"/> De outro / Outro(a) / Otro(a)	<input type="checkbox"/> Entrada / Entrada / Entrada <input type="checkbox"/> Saída / Salida / Salida
1. Origem / Origem / Origen: País do embarque / País de embarque / País de embarque País do destino / País de destino / País de destino	2. Entrada / Entrada / Entrada: Voo / Voo / Vuelo; Companhia / Companhia / Compañía; Flight no. / Vuelo no. / Vuelo no.; Empresa / Empresa / Empresa; Airline / Línea aérea / Línea aérea; Class / Classe / Clase
3. Nome completo / Full name / Nombre completo:	Data de nascimento / Birth date / Fecha de nacimiento
4. Endereço para correspondência / Address / Dirección: Complete name and full address / Nombre y dirección completa / Nombre y dirección completa	Sexo / Sexo / Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
5. Data de partida para o país afetado / Date of departure for the last 10 days / Fecha de partida para el país afectado en los últimos 10 días:	5. Destino / Destino / Destino: País do destino / País de destino / País de destino; Dirección / Dirección / Dirección: Endereços completos / Endereços completos / Endereços completos; Estado / Estado / Estado: Estado completo / Estado completo / Estado completo
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:	7. País / País / País: País de embarque / País de embarque / País de embarque; País de destino / País de destino / País de destino
<input type="checkbox"/> Tosse / Cough / Tose <input type="checkbox"/> Febre / Fever / Fiebre <input type="checkbox"/> Falta de ar / Shortness of breath / Falta de aire <input type="checkbox"/> Dor de cabeça / Headache / Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Dor de garganta / Sore throat / Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Febre / Fever / Fiebre <input type="checkbox"/> Dor de corpo / Body ache / Dolor de cuerpo <input type="checkbox"/> Diarréia / Diarrhea / Diarrea <input type="checkbox"/> Vômito / Vomiting / Vómito <input type="checkbox"/> Dor de ouvido / Earache / Dolor de oído <input type="checkbox"/> Dor de dentes / Toothache / Dolor de dientes <input type="checkbox"/> Outros / Other / Otros	<input type="checkbox"/> Toux / Cough / Tose <input type="checkbox"/> Fièvre / Fever / Fiebre <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer / Shortness of breath / Falta de aire <input type="checkbox"/> Douleur à la tête / Headache / Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Douleur à la gorge / Sore throat / Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Fièvre / Fever / Fiebre <input type="checkbox"/> Douleur dans le corps / Body ache / Dolor de cuerpo <input type="checkbox"/> Diarrhée / Diarrhea / Diarrea <input type="checkbox"/> Vomissements / Vomiting / Vómito <input type="checkbox"/> Douleur à l'oreille / Earache / Dolor de oído <input type="checkbox"/> Douleur aux dents / Toothache / Dolor de dientes <input type="checkbox"/> Autres / Other / Otros
8. Endereços / Address / Dirección: Complete name and full address / Nombre y dirección completa / Nombre y dirección completa	8. País / País / País: País de embarque / País de embarque / País de embarque; País de destino / País de destino / País de destino
9. Telefone / Telephone / Teléfono: Telefone / Phone / Teléfono	9. Telefone / Telephone / Teléfono: Telefone / Phone / Teléfono
10. Cidade / City / Ciudad: Cidade / City / Ciudad	10. Cidade / City / Ciudad: Cidade / City / Ciudad
11. País / País / País: País de embarque / País de embarque / País de embarque; País de destino / País de destino / País de destino	11. País / País / País: País de embarque / País de embarque / País de embarque; País de destino / País de destino / País de destino
12. Assinatura / Signature / Firma de viaje	12. Assinatura / Signature / Firma de viaje
DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJANTE TRAVELLER'S HEALTH DECLARATION DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO	
13. Data / Date / Fecha: Data / Date / Fecha Nome completo / Full name / Nombre completo Número de voo / Flight number / Número de vuelo Companhia / Airline / Companhia Empresa / Company / Empresa Tipo de voo / Flight type / Tipo de vuelo Cidade / City / Ciudad: Cidade / City / Ciudad	
Outras informações: <a href="http://www.saude.gov.br">www.saude.gov.br</a> 0800-31886 0800 31 1997	
SUS Agência Nacional de Saúde Pública Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde	

# 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](http://WWW.phac-aspc.gc.ca).

## Plano de Trabalho e Desafios:

- ✓ Política nacional de atenção à saúde do viajante.
- ✓ Resposta rápida (URR):
  - notificação sensível e oportuna;
  - adequado transporte, diagnóstico, isolamento e tratamento de casos suspeitos;
  - investigação do evento.
- ✓ Aperfeiçoar planos de contingência.
- ✓ Procedimentos de rotina: ambientes seguros nos pontos de entrada.
- ✓ Bases legais: restrições de entrada e saída, isolamento, triagem médica etc.
- ✓ Prazo para as capacidades básicas: junho/2012.



Edward Hicks - Peaceable Kingdom, 1833

*Muito Obrigado !*

Francisco Vanin Pascalicchio  
francisco.vanin@anvisa.gov.br

(11) 3021-3000