



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Secretaria Regional da Agricultura e Florestas
Direção Regional de Agricultura
Direção de Serviços de Veterinária

PLANO SANITÁRIO

Programa Apícola Nacional _____

I - ORGANIZAÇÃO DE APICULTORES

Designação social			
NIF/NIPC		NIFAP	
Morada			
Telefone		Telemóvel	
Fax			
Endereço eletrónico			
Portal			

II - TÉCNICO RESPONSÁVEL

Nome			
Telefone		Telemóvel	
Endereço eletrónico			

III - DADOS APICULTORES E APIÁRIOS

Nº total apicultores	
Nº total apiários	
Nº total colmeias	
Nº total cortiços	
Nº total colónias	

IV - PROGRAMA SANITÁRIO

IV.i) - SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

--



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Secretaria Regional da Agricultura e Florestas

Direção Regional de Agricultura
Direção de Serviços de Veterinária

ANÁLISES ANATOMO-PATOLÓGICAS EFETUADAS NOS ÚLTIMOS 3 ANOS (por apiário)	20..	20..	20...
TOTAL APIÁRIOS ANALISADOS			
RESULTADOS NEGATIVOS			
Loque americana			
Loque europeia			
Acarapiose			
Varroose			
Ascose			
Nosemose			
Aethinose por <i>Aethina tumida</i>			
Tropilaelaps por <i>Tropilaelaps</i> sp			

IV.ii) MEDIDAS GERAIS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA A APLICAR

Nº ações divulgação previstas, abordando temas de sanidade	
Nº análises anátomo-patológicas de abelhas a efetuar	
Nº análises anátomo-patológicas de favos a efetuar	
Nº análises anátomo-patológicas de cartolinas a efetuar	
Nº apiários a analisar	
Nº de apicultores a analisar (mínimo 10% dos inscritos na candidatura)	
Laboratório	

IV.iii) MEDIDAS GERAIS DE CONTROLO DAS DOENÇAS DAS ABELHAS

Descreva sucintamente a estratégia sanitária da organização

Nº de kilos de cera a adquirir /Nº de colmeias abrangidas

Indicação do fornecedor de cera



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Secretaria Regional da Agricultura e Florestas
Direção Regional de Agricultura
Direção de Serviços de Veterinária

Indicação do local de esterilização da cera

IV.iv) MEDIDAS DE CONTROLO/PREVENÇÃO DA VARROOSE

Nome comercial do(s) Medicamento(s) De Uso Veterinário recomendado(s) aos apicultores (no caso de recomendar mais do que um Medicamento De Uso Veterinário, justifique):

Períodos de aplicação do(s) Medicamento(s) Veterinário(s) recomendados aos apicultores (no mínimo 2 tratamentos por ano):

Outras medidas de controlo ou prevenção da Varroose a implementar e/ou a recomendar pela organização aos apicultores (ex: avaliação do grau de infestação de Varroa):

Local e Data

Assinatura do técnico responsável