



PLANO DE AÇÃO PARA REQUISIÇÃO DE UBV VEICULAR

Informações importantes

Este formulário foi elaborado de acordo com a **Nota Técnica nº 1/SES/SUBVS-SVE-DVDTI-CEVARB/2025**, bem como o **Procedimento Operacional Padrão (POP) para Aplicação Espacial de Inseticidas a Ultra Baixo Volume com UBV Veicular** – SEI nº 105648703 (Processo SEI nº 1320.01.0186225/2024-06).

Municípios com mais de 100 mil habitantes que apresentarem dados estratificados devem incluir o estudo realizado e validado pela URS.

O município deve realizar o cálculo dos insumos necessários para a operação de UBV veicular considerando o parâmetro estabelecido no SISPNCD, de 120 mL por quarteirão, e registrar o pedido correspondente no SIES.

Município:	Data: / /2025
Unidade Regional de Saúde:	
Número de casos confirmados de DENV3 e/ou DENV4 no período sazonal atual (metodologias diretas RT-qPCR):	Incidência nas últimas QUATRO semanas:
O município tem acima de 100 mil habitantes: ☐ Sim ☐ Não	O município realizou cálculo estratificado considerando a população por região/distrito? ☐ Sim (Anexar memória de cálculo) ☐ Não
Situação do tratamento focal: Ciclo atual: _____ % imóveis trabalhados: _____	
Previsão de números de ciclos de UBV a serem realizados na área:	Número de quarteirões a serem trabalhados:
Período de aplicação do UBV Veicular: Data de Início: _____/_____/2025 Data de Término: _____/_____/2025	Quantidade de insumos a ser utilizada (SISPNCD e SIES):
O município tem capacidade para fazer bloqueio focal/tratamento focal simultaneamente com a operação UBV? ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial (se parcial, justifique)	
O município tem capacidade para fazer mobilização? Tanto a mobilização da população para controle das formas imaturas do mosquito quanto para informar a população em relação a passagem da UBV veicular antes do início das operações?	

☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial (se parcial, justifique)	
O município realizou mutirão de limpeza ou tem capacidade de executar antes ou durante a operação de UBV veicular?	
☐ Sim ☐ Não ☐ Agendado	
O município realizou mapeamento de criadouros por VANTs (drones)?	Após o mapeamento de criadouros por VANTs, o município realizou ações de controle vetorial?
☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Nome e vínculo do Operador: _____	
☐ Federal ☐ Estado ☐ Município	
Nome e vínculo do Motorista: _____	
☐ Federal ☐ Estado ☐ Município ☐ CIS	
Há disponibilidade de EPI no município para o operador da ação de UBV veicular?	
☐ Sim ☐ Não	
Declaração de Ciência	
☐ O município declara estar ciente das orientações contidas na Nota Técnica nº 1/SES/SUBVS-SVE-DVDTI-CEVARB/2025 e no Procedimento Operacional Padrão para Aplicação Espacial de Inseticidas a Ultra Baixo Volume com UBV Veicular (SEI nº 105648703) , comprometendo-se a seguir as diretrizes estabelecidas para a solicitação e execução da operação de UBV veicular.	
Cargo e nome do responsável pela solicitação do município (caso seja um técnico será preciso incluir também a chefia imediata):	
_____ Carimbo e assinatura	
Observação:	
1. Este formulário deve ser acompanhado do ofício de solicitação de UBV veicular, assinado pelo gestor municipal de saúde ou por seu representante legal, e da ata da reunião do CREA que avalia e delibera sobre o pedido. A documentação deve ser encaminhada para a CEVARB-CV por meio de processo SEI-MG. 2. Somente serão elegíveis para a utilização de UBV veicular os municípios que apresentarem incidência alta ou muito alta de casos prováveis de arboviroses acumulados nas últimas quatro semanas epidemiológicas, conforme planilha de monitoramento elaborada e atualizada pela CEVARB-CV todas as segundas-feiras. Os pedidos de UBV veicular serão avaliados às segundas-feiras. Em casos de avaliação no meio da semana, serão considerados os dados da segunda-feira anterior à solicitação. 3. Os municípios devem estar atentos aos riscos de seletividade e resistência do vetor associados ao uso excessivo de inseticidas, especialmente quando não são adotadas metodologias adequadas de aplicação, nem utilizados produtos e equipamentos padronizados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.	
Avaliação do Comitê Técnico Regional de Controle da Dengue	
☐ Autorizado ☐ Não Autorizado (deve ser seguida de justificativa)	



ITINERÁRIO DO UBV VEICULAR

Município: _____ SE: _____
Operador: _____
Motorista: _____ Placa veículo: _____

Dia	Data	TURNO MATUTINO			TURNO VESPERTINO		
		Localidades	Ciclo	Quarteirões programados	Localidades	Ciclo	Quarteirões programados
Domingo							
Segunda							
Terça							
Quarta							
Quinta							
Sexta							
Sábado							