****

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA**

**VETERINÁRIA DO ESTADO DE GOIÁS**

**CHECK LIST AUTOFISCALIZAÇÃO**

**PET SHOPS/ CASAS AGROPECUÁRIAS**

 **1 – REFERENTE À EMPRESA**

**RAZÃO SOCIAL:**

**Nº REGISTRO CRMV-GO:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ESTÁ COM REGISTRO ATIVO NO CONSELHO? | DADOS DA EMPRESA ESTÃO DE ACORDO COM A RECEITA FEDERAL?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 |  |  |

 CRMV-GO | POSSUI ART HOMOLOGADA PELO CONSELHO? |
| [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO** | [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO** | [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO** |
| ART ESTÁ COM PRÁZO DE VALIDADE VIGENTE? | TODAS AS ATIVIDADES PREVISTAS NO CONTRATO SOCIAL TÊM RESPONSÁVEL TÉCNICO? |
| [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO** | [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO** |
| CERTIFICADO DE REGULARIDADE ESTÁ AFIXADO EM LOCAL VISÍVEL? | DOCUMENTOS DA EMPRESA ESTÃO DISPONÍVEIS PARA APRESENTAÇÃO AO FISCAL? |
| [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO** | [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO** |

 **2 – REFERENTE AO PROFISSIONAL**

**NOME DO RT:**

**Nº REGISTRO CRMV-GO:**

|  |  |
| --- | --- |
| PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NO LOCAL POSSUEM REGISTRO NO CRMV-GO? | O RESPONSÁVEL TÉCNICO (RT) ATENDE AS HORAS DEFINIDAS EM SEU CONTRATO? |
| [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO** | [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO** |
| O RT FAZ ANOTAÇÕES NO LIVRO FREQUENTEMENTE? | A EMPRESA ATENDE ÀS SOLICITAÇÕES TÉCNICAS DO RT? |
| [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO** | [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO** |
| O RT VERIFICA FREQUENTEMENTE: |
| [ ]  VALIDADE DOS MEDICAMENTOS [ ]  ACONDICIONAMENTO DAS RAÇÕES [ ]  CONTROLE DE PRAGAS [ ]  SANIDADE DOS ANIMAIS COMERCIALIZADOS [ ]  BEM-ESTAR DOS ANIMAIS COMERCIALIZADOS [ ]  ATENDIMENTO DA LEGISLAÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS [ ]  SE A EMPRESA ESTÁ REGULAR NO MAPA/ REGISTRO [ ]  SE A EMPRESA ESTÁ REGULAR NA VIGILÂNCIA/ ALVARÁ (CASO TENHA BANHO E TOSA) [ ]  SE A EMPRESA ESTÁ REGULAR NA AGRODEFESA (CASO TENHA VACINAS OFICIAIS OU MEDICAMENTOS PARA GRANDES ANIMAIS) [ ]  REGISTRO DE TEMPERATURA DE ARMAZENAMENTO DAS VACINAS [ ]  ORIENTA SOBRE PROIBIÇÃO DE VACINAÇÃO E ATENDIMENTO DE BALCÃO[ ]  COIBE O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO POR LEIGOS |

**3 – CONCLUSÃO:**

Há requisitos a corrigir ou melhorar: [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO**

Acesse o QR-CODE e veja o vídeo explicativo deste checklist.

**4 – ASSINATURAS.** Por ser verdade as informações acima, firmo a presente.

Data da autofiscalização:       /     /

|  |  |
| --- | --- |
|  **CPF:**       |  **CPF:**       |
|  |  |

 **Assinatura do Profissional Assinatura do Contratante**