****

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA**

**VETERINÁRIA DO ESTADO DE GOIÁS**

**CHECK LIST AUTOFISCALIZAÇÃO**

**ESTABELECIMENTOS VETERINÁRIOS**

 **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** [ ]  **CONSULTÓRIO NO CPF** | [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO** |
| ART ESTÁ COM PRÁZO DE VALIDADE VIGENTE? | TODAS AS ATIVIDADES PREVISTAS NO CONTRATO SOCIAL TÊM RESPONSÁVEL TÉCNICO? |
| [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO** | [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO** [ ]  **CONSULTÓRIO NO CPF** |
| 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** [ ]  **RT PROPRIETÁRIO** | [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO** |
| O RT VERIFICA FREQUENTEMENTE/ORIENTA SOBRE: |
| [ ]  ESTRUTURA FÍSICA ATENDE A LEGISLAÇÃO [ ]  PADRONIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS VETERINÁRIOS (RES. CFMV 1321/19) [ ]  COIBE O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO POR LEIGOS[ ]  EM CLINICAS COM INTERNAÇÃO E HOSPITAIS: PERMANÊNCIA DE VETERINÁRIO EM TEMPO INTEGRAL [ ]  ATENDER O CODIGO DE DIREITOS DO CONSUMIDOR[ ]  ATIVIDADES DE AUXILIARES E ESTAGIÁRIOS SEJAM SUPERVISIONADOS [ ]  CAPACITAÇÃO DA EQUIPE [ ]  ATENDIMENTO DAS NORMAS SANITÁRIAS[ ]  IMPLEMENTAÇÃO DE POPS [ ]  MEDICAMENTOS VENCIDOS [ ]  VERIFICAÇÃO DA GELADEIRA DE VACINAS [ ]  REGISTRO DE TEMPERATURA DA GELADEIRA DE VACINAS [ ]  ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PGRSS [ ]  ATENDIMENTO DA LEGISLAÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS [ ]  PROPAGANDA ABUSIVA OU ENGANOSA  |

**3 – CONCLUSÃO:**

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

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

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

Data da autofiscalização:       /     /

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

 **Assinatura do Profissional Assinatura do Contratante**