****

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA**

**VETERINÁRIA DO ESTADO DE GOIÁS**

**CHECK LIST AUTOFISCALIZAÇÃO**

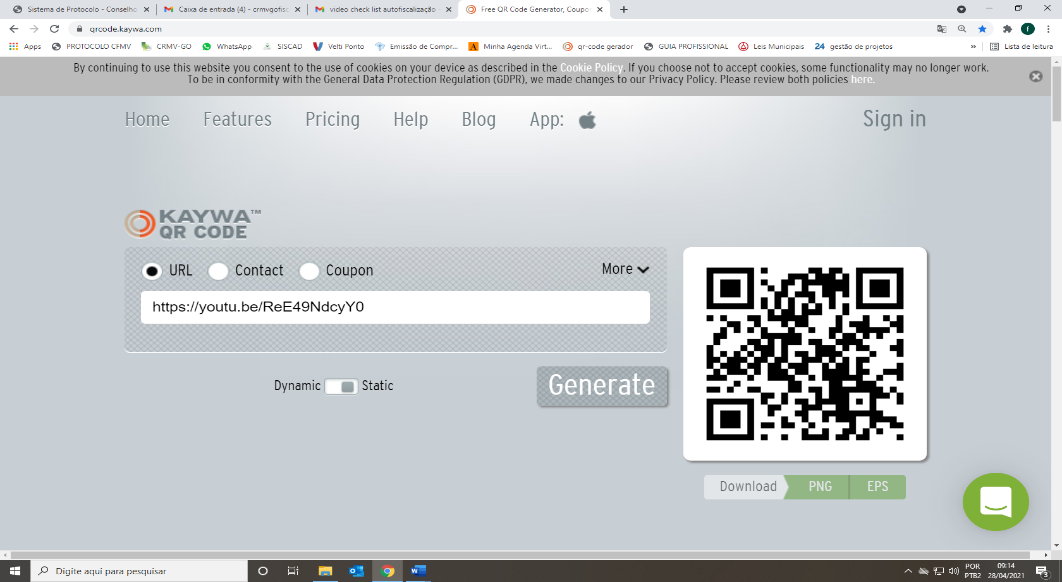
**ESTABELECIMENTOS VETERINÁRIOS**

**1 – REFERENTE À EMPRESA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**

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

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

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

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

Data da autofiscalização:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Assinatura do Profissional Assinatura do Contratante**