****

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA**

**VETERINÁRIA DO ESTADO DE GOIÁS**

**CHECK LIST AUTOFISCALIZAÇÃO**

**USINAS DE BENEFICIAMENTO/ LATICÍNIOS**

 **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** |
| A EMPRESA TEM SERVIÇO DE INSPEÇÃO?[ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO** |
| O RT VERIFICA/ ORIENTA FREQUENTEMENTE: |
| [ ]  TREINAMENTO COM OS COLABORADORES [ ]  MONITORAMENTO DOS PROCEDIMENTOS HIGIÊNICO-SANITÁRIOS [ ]  CONTROLE DE PRAGAS [ ]  SELEÇÃO DE FORNECEDORES [ ]  SAÚDE E HIGIENE DOS FUNCIONÁRIOS [ ]  OS PROCEDIMENTOS DE HIGIENIZAÇÃO [ ]  QUALIDADE DA ÁGUA UTILIZADA [ ]  ADEQUADO DESTINO DOS RESÍDUOS[ ]  ROTULAGEM ESTÁ DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO [ ]  CUMPRIMENTO DOS MEMORIAIS DESCRITIVOS [ ]  IMPLANTAÇÃO/ ATUALIZAÇÃO DAS FERRAMENTAS QUE COMPÕEM OS SISTEMAS DE AUTOCONTROLE DA QUALIDADE E SEGURANÇA |

**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**