****

**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**