****

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA**

**VETERINÁRIA DO ESTADO DE GOIÁS**

**CHECK LIST AUTOFISCALIZAÇÃO**

**PROJETOS DE CASTRAÇÃO**

 **1 – REFERENTE À EMPRESA/ PREFEITURA**

**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? | POSSUI PROJETO APROVADO NO CONSELHO PARA REALIZAÇÃO DAS CASTRAÇÕES? |
| [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO** | [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO**  |
| DOCUMENTOS DA EMPRESA ESTÃO DISPONÍVEIS PARA APRESENTAÇÃO AO FISCAL? |
| [ ]  **SIM**  [ ]  **NÃO** |

 **2 – REFERENTE AO PROFISSIONAL**

**NOME DO RT:**

**Nº REGISTRO CRMV-GO:**

|  |  |
| --- | --- |
| PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NO PROJETO 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/ORIENTA SOBRE: |
| [ ]  ESTRUTURA FÍSICA ATENDE A LEGISLAÇÃO [ ]  UTILIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS VETERINÁRIOS (RES. CFMV 1321/19) [ ]  COIBE O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO POR LEIGOS[ ]  ATIVIDADES DE AUXILIARES E ESTAGIÁRIOS SEJAM SUPERVISIONADOS [ ]  CAPACITAÇÃO DA EQUIPE [ ]  ATENDIMENTO DAS NORMAS SANITÁRIAS[ ]  DESCARTE DOS MEDICAMENTOS VENCIDOS [ ]  ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PGRSS [ ]  ATENDIMENTO DA LEGISLAÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS [ ]  PROPAGANDA ABUSIVA OU ENGANOSA [ ]  ATENDIMENTO DO PROJETO APROVADO  |

**3 – CONCLUSÃO:**

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**