



TERMO DE RESPONSABILIDADE – CLÍNICA VETERINÁRIA

(Checklist da Resolução nº 1.275/2019)

Nome do Med. Veterinário:	
Nome da Clínica:	
Nº do CNPJ:	

Declaro, para os devidos fins, que o estabelecimento acima identificado se trata de um **CLÍNICA VETERINÁRIA**, conforme Art. 8º da Resolução 1275/2019, destinado a consultas, tratamentos clínico-ambulatoriais, podendo ou não realizar cirurgias e internação, **sob responsabilidade técnica e supervisão de médico-veterinário durante todo o período de funcionamento.**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA CLÍNICA:

ATENDIMENTO CIRÚRGICO:	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não
PERÍODO DE FUNCIONAMENTO:	(<input type="checkbox"/>) Diurno (<input type="checkbox"/>) 24h Urgência/Emergência (<input type="checkbox"/>) 24h Público Geral
INTERNAÇÃO:	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não
SE HOUVER INTERNAÇÃO, PERÍODO:	(<input type="checkbox"/>) Diurno (<input type="checkbox"/>) Integral
INFECTO-CONTAGIOSOS:	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não

ATESTO e ME RESPONSABILIZO pela existência de todos os itens e pelo cumprimento das normas de boas práticas descritas e declaro que o estabelecimento cumpre os requisitos listados a seguir:

ITEM	CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO (arts. 9º e 15 da Resolução nº 1.275/2019)
1	RECEPÇÃO, ESPERA E ARQUIVO MÉDICO (FÍSICO/DIGITAL).
2	RECINTO SANITÁRIO (PRÓPRIO OU COMPARTILHADO).
3	BALANÇA PARA PESAGEM DOS ANIMAIS.
4	SALA DE ATENDIMENTO COM: MESA IMPERMEÁVEL, PIA, REFRIGERAÇÃO EXCLUSIVA PARA VACINAS, MEDICAMENTOS E MATERIAIS BIOLÓGICOS, ARMÁRIO PARA EQUIPAMENTOS E MEDICAMENTOS.
5	SETOR DE SUSTENTAÇÃO COM: LAVANDERIA (PODE TERCEIRIZAR ESTE SERVIÇO), DEPÓSITO DE LIMPEZA, ÁREA DE DESCANSO E ALIMENTAÇÃO DO(S) FUNCIONÁRIOS (SE TIVER INTERNAÇÃO 24H), SANITÁRIOS/VESTIÁRIOS, ESTOQUE DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO, UNIDADE REFRIGERADA PARA ANIMAIS MORTOS E RESÍDUOS (SE TIVER ATENDIMENTO OU INTERNAÇÃO 24H).
6	SE HOUVER CIRURGIA , DEVE TER AMBIENTE DE: <u>PREPARO</u> - COM MESA IMPERMEÁVEL. <u>RECUPERAÇÃO</u> - COM PROVISÃO DE OXIGÊNIO E SISTEMA DE AQUECIMENTO, <u>ANTISSEPSIA</u> , <u>PARAMENTAÇÃO</u> , <u>LAVAGEM/ESTERILIZAÇÃO</u> COM AUTOCLAVE <u>SALA CIRURGICA</u> COM - MESA IMPERMEÁVEL, ANESTESIA, ILUMINAÇÃO EMERGENCIAL, FOCO CIRURGICO,



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE



	INSTRUMENTAL ADEQUADO, MESA AUXILIAR, PAREDES E PISOS DE FÁCIL HIGIENIZAÇÃO, OXIGÊNIO, SISTEMA DE AQUECIMENTO, EQUIPAMENTOS PARA INTUBAÇÃO/VENTILAÇÃO E MONITORAMENTO BÁSICO (TEMPERATURA, OXIMETRIA, PRESSÃO ARTERIAL E FREQUÊNCIA CARDÍACA).
7	SE HOUVER INTERNAÇÃO , A SALA DEVE TER – MESA IMPERMEÁVEL, PIA, ÁREA DE HIGIENIZAÇÃO, BAIAS/BOXES ADEQUADOS, ARMÁRIO PARA MEDICAMENTOS E DESCARTÁVEIS, SISTEMA DE AQUECIMENTO.
8	SALA DE ISOLAMENTO - EXCLUSIVA PARA INTERNAÇÃO DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS (SE HOUVER).
9	GELADEIRA EXCLUSIVA PARA VACINAS/MEDICAMENTOS, COM TERMÔMETRO E REGISTRO DIÁRIO.
10	ARMAZENAMENTO DE ALIMENTOS EM UNIDADES SEPARADAS (ANIMAL/HUMANO).
11	PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE (PGRSS).
11	FLUXOS DE ÁREA LIMPA/SUJA RESPEITADOS.
12	ARMÁRIO TRANCADO PARA MEDICAMENTOS CONTROLADOS.
13	PIAS COM PAPEL TOALHA E DETERGENTE.
14	INSTALAÇÕES CONSERVADAS, SEGURAS, ORGANIZADAS, CONFORTÁVEIS E LIMPAS.
15	EQUIPAMENTOS, INSUMOS E MEDICAMENTOS ADEQUADOS E DISPONÍVEIS.
16	USO EXCLUSIVO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PARA SUA FINALIDADE.
17	INSTALAÇÕES CONSERVADAS, LIMPAS E SEGURAS.
18	MOBILIÁRIOS LAVÁVEIS E IMPERMEÁVEIS.
19	DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO ADEQUADAS DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS.
20	CONTROLE CONTÍNUO DE PRAGAS URBANAS.
21	PRODUTOS VENCIDOS OU SUSPEITOS SEGREGADOS EM LOCAL SEGURO E IDENTIFICADO.

Declaro estar ciente de que a prestação de informações falsas poderá gerar responsabilização criminal, civil e administrativa.

Local e Data: _____, ____/____/____	Assinatura do Med Vet responsável pelo estabelecimento Amãocom Carimbo OU assinado digitalmente pelo Gov.br _____
--	---