



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



**TERMO DE RESPONSABILIDADE – CONSULTÓRIO NO CNPJ**

(Checklist da Resolução nº 1.275/2019)

Nome do Med. Veterinário:	
Nome do Estabelecimento:	
Nº do CNPJ:	

Declaro, para os devidos fins, que o estabelecimento acima identificado se trata de um **CONSULTÓRIO VETERINÁRIO**, conforme Art. 5º da Resolução 1275/2019, destinado a:

- Consulta clínica | • Procedimentos ambulatoriais | • Vacinação de animais

Sei que essa atividade é **VEDADA** a realização de:

- Anestesia geral | • Procedimentos cirúrgicos | • Internação de animais

**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. 7º e 15º 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	GELADEIRA EXCLUSIVA PARA VACINAS/MEDICAMENTOS, COM TERMÔMETRO E REGISTRO DIÁRIO.
6	ARMAZENAMENTO DE ALIMENTOS EM UNIDADES SEPARADAS (ANIMAL/HUMANO).
7	PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS (PGRSS).
8	FLUXOS DE ÁREA LIMPA/SUJA RESPEITADOS.
9	ARMÁRIO TRANCADO PARA MEDICAMENTOS CONTROLADOS.
10	PIAS COM PAPEL TOALHA E DETERGENTE.
11	INSTALAÇÕES CONSERVADAS, SEGURAS, ORGANIZADAS, CONFORTÁVEIS E LIMPAS.
12	EQUIPAMENTOS, INSUMOS E MEDICAMENTOS ADEQUADOS E DISPONÍVEIS.
13	USO EXCLUSIVO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PARA SUA FINALIDADE.
14	INSTALAÇÕES CONSERVADAS, LIMPAS E SEGURAS.
15	MOBILIÁRIOS LAVÁVEIS E IMPERMEÁVEIS.
16	DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO ADEQUADAS.
17	CONTROLE CONTÍNUO DE PRAGAS URBANAS.
18	PRODUTOS VENCIDOS/SUSPEITOS DEVERÃO SER SEGREGADOS E IDENTIFICADOS QUANTO A CONDIÇÃO E DESTINO.

Por fim, 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 A mão com Carimbo OU assinado digitalmente pelo Gov.br  _____
--	---