



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
CRMV-ES

QUESTIONÁRIO DE FISCALIZAÇÃO  
DE CLÍNICA VETERINÁRIA  
(AUTOINSPEÇÃO)

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

NOME FANTASIA: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ CRMV-ES: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL TÉCNICO: \_\_\_\_\_

**Modalidade de atendimento da clínica médico veterinária**

Realiza atendimento cirúrgico?	( ) sim	( ) não
Período de funcionamento da clínica: [ ] Diurno [ ] 24 horas - aberto ao público [ ] 24 horas – urgência e emergência		
Realiza internação?	( ) sim	( ) não
Período de funcionamento da internação: [ ] Somente diurno [ ] Integral		
Realiza internação de pacientes com doenças infectocontagiosas?	( ) sim	( ) não

**Art 9º - São condições obrigatórias para o funcionamento das Clínicas Veterinárias que essas possuam:**

I) Ambiente de recepção e espera;	( ) sim	( ) não
II) Arquivo médico físico e/ou informatizado;	( ) sim	( ) não
III) Recinto sanitário para uso do público, podendo ser considerados aqueles que integram um Condomínio ou Centro Comercial onde já existam banheiros públicos compartilhados, ou, ainda, quando integrar uma mesma estrutura física compartilhada com estabelecimentos médico-veterinários;	( ) sim	( ) não
IV) Balança para pesagem dos animais;	( ) sim	( ) não
V) Sala de atendimento;	( ) sim	( ) não
a) Mesa impermeável para atendimento;	( ) sim	( ) não
b) Pia de higienização;	( ) sim	( ) não
- Papel toalha;	( ) sim	( ) não
- Dispensador de detergente;	( ) sim	( ) não
c) Unidade de refrigeração exclusiva para vacinas, antígenos, medicamentos e outros materiais biológicos;	( ) sim	( ) não
- Termômetro de máxima e mínima;	( ) sim	( ) não
- Registro diário de temperatura;	( ) sim	( ) não
d) Armário próprio para medicamentos e equipamentos;	( ) sim	( ) não
Possui medicamentos controlados de uso humano ou veterinário?	( ) sim	( ) não
- Armário provido de fechadura	( ) sim	( ) não
VI) Setor de Sustentação	( ) sim	( ) não
a) Lavanderia, que pode ser suprimida quando o estabelecimento terceirizar este serviço, o que deve ser comprovado por meio de contrato/convênio com empresa prestadora do serviço;	( ) sim	( ) não



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**CRMV-ES**

b) Depósito de material de limpeza ou almoxarifado;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
c) Ambiente para descanso e alimentação do médico veterinário e dos funcionários, caso o estabelecimento opte por internação ou atendimento 24 horas;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
d) Sanitários/vestiários compatíveis com o número dos usuários;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
e) Local de estocagem de medicamentos e materiais de consumo;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
f) Unidade refrigerada exclusiva para conservação de animais mortos e resíduos biológicos, quando o estabelecimento optar por internação ou atendimento 24 horas;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

VII) no caso de o estabelecimento optar pelo atendimento cirúrgico, deverá dispor de:		
a) Ambiente para preparo do paciente - mesa impermeável;	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não
b) Ambiente de recuperação;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
1. Provisão de oxigênio;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
2. Sistema de aquecimento do paciente;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
c) Ambiente de antisepsia e paramentação imediatamente adjacente à sala de cirurgia; - pia; - dispensador de detergente acionável por foto sensor, ou através de cotovelo, joelho ou pé; - torneiras acionáveis por foto sensor, ou através de cotovelo, joelho ou pé;	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não
d) Sala de lavagem e esterilização de materiais contendo equipamentos para lavagem, secagem e esterilização de materiais por autoclavagem com as devidas barreiras físicas que pode ser suprimida quando o estabelecimento terceirizar estes serviços, comprovada pela apresentação de contrato/convênio com a empresa prestadora dos serviços terceirizados;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
e) Sala de cirurgia;		
1. Mesa cirúrgica impermeável;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
2. Equipamentos para anestesia;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
3. Sistema de iluminação emergencial própria;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
4. Foco cirúrgico;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
5. Instrumental para cirurgia em qualidade e quantidade adequadas à rotina;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
6. Mesa auxiliar;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
7. Paredes e pisos de fácil higienização observada a legislação sanitária pertinente;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
8. Provisão de oxigênio;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
9. Sistema de aquecimento para o paciente;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
10. Equipamentos para intubação e suporte ventilatório;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
11. Equipamentos para monitoração que forneçam, no mínimo, os seguintes parâmetros: temperatura, oximetria, pressão arterial e frequência cardíaca;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

VIII) no caso de o estabelecimento optar por serviços de internação, a sala deverá dispor de:		
a) mesa impermeável;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
b) pia de higienização; - Papel toalha; - Dispensador de detergente;	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não
c) ambiente para higienização do paciente com disponibilização de água corrente	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
d) baias, boxes ou outras acomodações individuais compatíveis com os pacientes a serem internados e de fácil higienização, obedecidas as normas sanitárias vigentes;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
e) armário para guarda de medicamentos e materiais descartáveis necessários ao seu funcionamento; Possui medicamentos controlados de uso humano ou veterinário?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**CRMV-ES**

- Armário provido de fechadura	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
f) sistema de aquecimento para o paciente;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
- Sala exclusiva para isolamento de pacientes com doenças infectocontagiosas;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

**Art. 15º - todos os estabelecimentos médico-veterinários elencados nesta Resolução devem cumprir as seguintes normas de boas práticas:**

III) Dispor do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
IV) fluxos de área limpa e suja, crítica e não crítica respeitados? ( ) Sim ( ) Não _____ _____ _____		
V) Armários providos de fechadura para armazenamento de medicamentos controlados de uso humano ou veterinário, sob controle e registro do médico veterinário responsável técnico;	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
XII) Garantir ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas - Possui POP de CIP (controle integrado de pragas)	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não

**Declaro serem verdadeiras as afirmações constantes no questionário de autoinspeção, bem como no relatório fotográfico em anexo, estando sujeito o infrator às penalidades e sanções previstas em Portaria de nº 009/2021.**

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do responsável técnico: \_\_\_\_\_ CRMV-ES nº \_\_\_\_\_