



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;	() sim	() não
c) Ambiente para descanso e alimentação do médico veterinário e dos funcionários, caso o estabelecimento opte por internação ou atendimento 24 horas;	() sim	() não
d) Sanitários/vestiários compatíveis com o número dos usuários;	() sim	() não
e) Local de estocagem de medicamentos e materiais de consumo;	() sim	() não
f) Unidade refrigerada exclusiva para conservação de animais mortos e resíduos biológicos, quando o estabelecimento optar por internação ou atendimento 24 horas;	() sim	() não

VII) no caso de o estabelecimento optar pelo atendimento cirúrgico, deverá dispor de:		
a) Ambiente para preparo do paciente - mesa impermeável;	() sim () sim	() não () não
b) Ambiente de recuperação;	() sim	() não
1. Provisão de oxigênio;	() sim	() não
2. Sistema de aquecimento do paciente;	() sim	() não
c) Ambiente de antissepsia 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;	() sim () sim () sim	() não () não () 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;	() sim	() não
e) Sala de cirurgia;		
1. Mesa cirúrgica impermeável;	() sim	() não
2. Equipamentos para anestesia;	() sim	() não
3. Sistema de iluminação emergencial própria;	() sim	() não
4. Foco cirúrgico;	() sim	() não
5. Instrumental para cirurgia em qualidade e quantidade adequadas à rotina;	() sim	() não
6. Mesa auxiliar;	() sim	() não
7. Paredes e pisos de fácil higienização observada a legislação sanitária pertinente;	() sim	() não
8. Provisão de oxigênio;	() sim	() não
9. Sistema de aquecimento para o paciente;	() sim	() não
10. Equipamentos para intubação e suporte ventilatório;	() sim	() não
11. Equipamentos para monitoração que forneçam, no mínimo, os seguintes parâmetros: temperatura, oximetria, pressão arterial e frequência cardíaca;	() sim	() não

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