ANEXO II

FORMULÁRIO PARA APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA/PROJETO/MUTIRÃO/CAMPANHA DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

FORMULÁRIO PARA APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA/PROJETO/MUTIRÃO/CAMPANHA DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA COM A FINALIDADE DE MANEJO POPULACIONAL DE CÃES E GATOS NO MUNICÍPIO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Todos os campos são de preenchimento obrigatório;
* Necessária a rubrica do médico-veterinário responsável técnico em todas as folhas deste formulário.

**USO EXCLUSIVO DO CRMV-ES**

**PROTOCOLO Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RECEBIDO EM: \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Documentos exigidos a serem entregues juntamente com este protocolo:**

1. ( ) Cópia da carteira do CRMV-ES do(s) Médico(s) Veterinário(s) Responsável(is) pela ação, cirurgia e anestesia.

2. ( ) Cópia da Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) homologada para o Mutirão/Projeto/Programa de controle populacional.

3. ( ) Cópia do Alvará da Vigilância Sanitária referente ao local/veículo onde serão realizadas as cirurgias; ou documento equivalente quando necessário.

4. ( ) Cópia dos modelos de Termo de consentimento livre e esclarecido a serem utilizados: Termo de consentimento livre e esclarecido para realização de exames; Termo de consentimento livre e esclarecido para realização de procedimento terapêutico de risco; Termo de consentimento livre e esclarecido para retirada de corpo de animal em óbito; Termo de consentimento livre e esclarecido para realização de procedimento cirúrgico; Termo de consentimento livre e esclarecido para realização de internação e tratamento clínico ou pós-cirúrgico; Termo de consentimento livre e esclarecido para realização de procedimentos anestésicos; conforme texto da Resolução CFMV 1321 de 2020.

5. ( ) Cópia do material de EDUCAÇÃO CONTINUADA que será apresentado/divulgado entre os tutores contemplando guarda responsável, vacinação, etc.

6. ( ) Cópia do(s) documento do(s) veículo(s) utilizado como UMEES emitido pelo DETRAN.

7. ( ) Cópia da ART e Licença Sanitária da Vigilância Sanitária/ documento similar referente a clínica de apoio/referência no(s) município(s) de realização das castrações (quando for o caso).

8. ( ) Cópia do CNPJ e de ata, contrato/termo de acordo com a instituição (Instituição de ensino, Prefeitura, Consórcio ou Associação de Municípios) envolvida no programa.

9. ( ) Cópia do Parecer de aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA) da instituição, quando o programa de castração também prever fins didáticos.

10. ( ) Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde – PGRSS.

11. ( ) Termo de compromisso de permanência da UMEES e lista de municípios e datas nos quais esta permanecerá por mais 48 horas pós-castrações por motivo de ausência de clínica veterinária credenciada de apoio no município (documento criado e assinado pelo RT).

12. ( ) Cópia dos POP’s Procedimentos Operacionais Padrão) para as atividades de: esterilização; limpeza, higienização e desinfecção das instalações, móveis, superfícies e equipamentos e lavanderia;

13. ( ) relação de serviços terceirizados, se for o caso.

**Orientações:**

Obrigatoriamente, este pedido deve ser protocolado no CRMV-ES 60 (sessenta) dias antes do início da realização da ação de castração.

O pedido deve estar embasado nas Resoluções do CFMV, com especial atenção à Resolução CFMV nº 962/2010, Resolução CFMV nº 1275/2019 e Resolução CRMV-ES nº 008/2022 (Resoluções estão disponíveis no site do CRMV-ES – www.crmves.org.br).

**Importante:**

Este protocolo deve ser preenchido em consonância com o atendimento da Resolução CRMV-ES n° 008/2022, que normatiza os procedimentos de contracepção de cães e gatos em Mutirões/Projetos/Programas de esterilização cirúrgica com a finalidade de controle populacional.

Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

Necessária a rubrica do médico-veterinário responsável técnico em todas as folhas deste formulário. Incluir fotos dos locais de realização dos procedimentos e das atividades de educação em saúde.

Entidade promotora responsável (OSC, Instituição de ensino, Prefeitura, Consórcio ou Associação de Municípios):

Razão Social: ……….................................................................................................................

CNPJ: …….................................................................................................................................

Endereço: ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................

CEP: ................................... Cidade: ....................................................................................... Estado: ..............

Telefones: (.....) .........................................................................................................................

E-mail: .......................................................................................................................................

Número de registro no CRMV-ES (caso tenha): .........................................

Responsável Técnica da pessoa jurídica: ...................................................................................................................................................

Outras entidades ou estabelecimentos envolvidos (Organização da Sociedade Civil e/ou Clínica Veterinária de apoio):

Razão Social: ..................................................................................................................................................

CNPJ: .............................................................................. Telefone: .............................................................................................

Razão Social: ...................................................................................................................................................

CNPJ: .............................................................................. Telefone: .............................................................................................

Razão Social: ...................................................................................................................................................

CNPJ: .............................................................................. Telefone: .............................................................................................

1. Identificação do documento comprobatório da parceria com ou faculdade de medicina veterinária ou órgão público (Anexar documento e a ART, em casos do estabelecimento médico veterinário privado e faculdade de medicina veterinária):

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

2. Previsão das espécies, sexos e número de animais a serem contemplados, por evento ou por mês, em caso de programa contínuo (pode incluir página em anexo, caso necessário):

Cães: Machos: ................. Fêmeas: ................. Total: ........................

Gatos: Machos: ................. Fêmeas: ................ Total: .......................

3. Data(s) da(s) realização(ões) dos procedimentos de esterilização, quando realizado em forma de mutirão (cronograma mensal ou por evento - incluir página em anexo, caso necessário):

\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

4. Atividades de educação em saúde, bem-estar animal e guarda responsável (Descrever detalhadamente as atividades (título, tempo das palestras), incluindo metas, público-alvo, etc., de acordo com a Resolução CRMV-ES n° 008/2022 e anexar fotos que comprovem essas ações – Nº protocolo inicial cópia do material criado e fotos das ações nos relatórios pós-ações a serem enviados):

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

5. Sistema de triagem

5.1. Tutor e/ou responsável (Descrever como são selecionados os tutores e responsáveis pelos animais baseado em critérios socioeconômicos)

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

5.2. Animais (Descrever a triagem dos animais que serão submetidos às cirurgias, detalhando critérios de inclusão e exclusão e risco cirúrgico, quando houver)

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

6. Transporte dos animais (Descrever como será o transporte dos animais realizados pela entidade promotora – se tiver carro de apoio incluir documento do DETRAN e foto do veículo que contemple a placa - e como será a orientação aos tutores para esse procedimento, de acordo com a Resolução CRMV-ES n° 008/2022):

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

7. Ambiente para recepção dos responsáveis e seus animais: (Descrever o local para preenchimento de documentos, acomodação de espera para as pessoas e animais até a liberação dos animais do pós-operatório, sanitários para público e executores, etc., de acordo com Resolução CRMV-ES n° 008/2022):

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

8. Sala para pré-operatório com as condições mínimas de funcionamento previsto em Resolução específica (Resolução CFMV nº 1.275/2019 ou Resolução substituta), contendo os seguintes equipamentos e materiais:

8.1. Balança veterinária própria para pesagem dos animais: ( ) sim ( ) não

8.2. Suportes para sol. de fluidoterapia ou local para fixação das mesmas: ( ) sim ( ) não

8.3. Cilindro de oxigênio: ( ) sim ( ) não

8.4. Ambu: ( ) sim ( ) não

8.5. Material para segregação, acondicionamento e descarte dos resíduos: ( ) sim ( ) não

8.6. Medicação pré-anestésica: ( ) Sim ( ) Não

Descrever o protocolo que será usado com nome dos fármacos, dose e via de administração de cada fármaco em cada espécie, incluindo jejum, antecedência):

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

8.7. Dispositivo fechado com chave para acondicionamento de medicamentos controlados:

( ) sim ( ) não.

Listar os medicamentos utilizados, inclusive medicamentos de emergência: ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

9. Sala para antissepsia e paramentação, com as condições mínimas de funcionamento previsto em Resolução específica (Resolução CFMV nº 1.275/2019 ou Resolução substituta), contendo os seguintes equipamentos e materiais:

9.1. Lavabo com torneira adequados: ( ) sim ( ) não

9.2. Dispositivo dispensador de detergente e desinfetante: ( ) sim ( ) não

10. Sala para trans-operatório, com as condições mínimas de funcionamento previsto em Resolução específica (Resolução CFMV nº 1.275/2019 ou Resolução substituta), contendo os seguintes equipamentos e materiais:

10.1. Suportes para soluções de fluidoterapia ou local para fixação das mesmas:

( ) sim ( ) não

10.2. Cilindro de oxigênio: ( ) sim ( ) não

10.3. Ambu: ( ) sim ( ) não

10.4. Foco cirúrgico: ( ) sim ( ) não

10.5. Mesa de inox: ( ) sim ( ) não

10.6. Instrumental cirúrgico: ( ) sim ( ) não

10.7. Material para segregação, acondicionamento e descarte dos resíduos: ( ) sim ( ) não

10.8. Dispositivo fechado com chave para acondicionamento de medicamentos controlados: ( ) sim ( ) não

Listar os medicamentos utilizados, inclusive medicamentos de emergência: ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

11. Sala para pós-operatório, com as condições mínimas de funcionamento, previsto em Resolução específica (Res. CFMV 1275/2019 ou Resolução substituta), contendo os seguintes equipamentos e materiais:

11.1. Sistemas de aquecimento (colchões térmicos e/ou aquecedores, cobertores, etc.):

( ) sim ( ) não

11.2. Suportes para soluções de fluidoterapia ou local para fixação das mesmas:

( ) sim ( ) não

11.3. Descrever o(s) procedimentos pós-operatórios por espécie que serão usados com nome, dose e via de administração de cada fármaco (incluir medicamentos utilizados ou receitados):

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

11.4. Observação da recuperação: ( ) Sim ( ) Não

Período de observação (em horas): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Descrever metodologia de observação de recuperação:

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

11.5. Condições de manutenção do animal no local (quando houver)

Descrever sobre a dieta, regime alimentar e hídrico, local do alojamento e as demais condições que forem particulares à espécie:

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

11.6 Descrever as orientação sobre os cuidados pós-operatórios que serão passadas para os responsáveis e tutores dos animais:

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

12. Sala para lavagem e esterilização de materiais, contendo os seguintes equipamentos e materiais (caso seja realizada de maneira terceirizada – descrever o local ou incluir contrato):

12.1. Equipamento para lavagem: ( ) sim ( ) não

12.2. Autoclave: ( ) sim ( ) não

12.3. "Kits" previamente esterilizados (anexar foto do kit com descrição do número de cada item. Marcar um X nos itens presentes nos kits abaixo detalhados):

( ) sim ( ) não Quantos? ..............

KIT INDIVIDUAL DE CASTRAÇÃO PARA FÊMEAS

( ) 1 Porta agulha;

( ) 3 Pinças hemostáticas curvas;

( ) 2 Pinças hemostáticas retas;

( ) 2 Pinças Backaus;

( ) 1 Tesoura cirúrgica romba-fina

( ) 1 Pinça anatômica dente de rato;

( ) 1 Pinça anatômica sem dente

( ) 1 Gancho de castração (Snook) 1 cabo de bisturi (número a escolha do cirurgião) e lâminas descartáveis.

KIT INDIVIDUAL DE CASTRAÇÃO PARA MACHO

( ) 1 Porta agulha;

( ) 1 Pinça hemostática curva;

( ) 1 Pinça hemostática reta;

( ) 1 Tesoura cirúrgica romba-fina;

( ) 1 pinça anatômica sem dente;

( ) 2 Pinças Backaus;

( ) 1 cabo de bisturi (número a escolha do cirurgião) e lâmina descartável

13. Equipe de trabalho:

13.1. Coordenador da Ação (Responsável Técnico pelo projeto)

Nome completo: ......................................................................................................................

Endereço: ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................

CRMV-ES: ...................................................

Local de trabalho: ……..........................................................................................................

Telefone/E-mail: .....................................................................................................................................................................................................................................................................................................

13.2. Nome completo e número do CRMV-ES do(s) médico(s) veterinário(s) responsável(is) pelo pré-operatório e anestesia:

Nome:......................................................................................................................................................................................................................................... CRMV-ES: ............................

Nome:......................................................................................................................................................................................................................................... CRMV-ES: ............................

13.3. Nome completo e número do CRMV-ES do(s) médico(s)-veterinário(s) responsável(is) pela cirurgia:

Nome:......................................................................................................................................................................................................................................... CRMV-ES: ............................

Nome:......................................................................................................................................................................................................................................... CRMV-ES: ............................

13.4. Nome completo e número do CRMV-ES do(s) médico(s) veterinário(s) responsável(is) pelo pós-operatório:

Nome:......................................................................................................................................................................................................................................... CRMV-ES: ............................

Nome:......................................................................................................................................................................................................................................... CRMV-ES: ............................

13.5. Número de auxiliares e atribuição de cada um, se possível com o nome e o CPF (Auxiliar geral, secretário, auxiliar de médico veterinário, motorista, etc):

Nome:......................................................................................................................................................................................................................................... CPF: ........................................

Nome:......................................................................................................................................................................................................................................... CPF: ........................................

Nome:......................................................................................................................................................................................................................................... CPF: ........................................

Nome:......................................................................................................................................................................................................................................... CPF: ........................................

Nome:......................................................................................................................................................................................................................................... CPF: ........................................

Nome:......................................................................................................................................................................................................................................... CPF: ........................................

14. Identificação dos animais ( descrever como os animais serão identificados, microchip, tatuagem, fotos, etc.):

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

15. Registro dos animais: Além da Ficha Clínica habitual dos animais (prontuário), deve-se preencher o formulário para registro dos animais atendidos e informações sobre os tutores; formulário para descrição das intercorrências e dos óbitos; formulário sobre cirurgias suspensas/canceladas e seus motivos. Informar qual o método de Registro dos animais (sequência numérica, identificação por microchipagem, etc). O Médico-Veterinário Responsável Técnico deverá numerar e rubricar todas as folhas utilizadas nos formulários citados.

16. Nome e número de registro no CRMV-ES do estabelecimento médico veterinário determinado para encaminhamento de ocorrências de urgência e/ou emergência, salvo os casos em que a unidade móvel atenderá as intercorrências e permanecerá no local por 48 horas após as cirurgias (deve ser anexado documento que comprove a relação entre o estabelecimento e o projeto):

Razão Social: ..........................................................................................................................

CNPJ:............................................................. CRMV-ES:.......................................................

Endereço: ...................................................................................................................................................

CEP: ................................... Cidade: ................................................................................ Estado: ...............

Telefones: (.....) .......................................................................................................................

E-mail:.......................................................................................................................................

Nome e nº do CRMV-ES do Responsável Técnico pelo estabelecimento (deverá ser apresentada a ART com validade em dia):

.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

( ) unidade móvel permanece no local por 48 horas

17. Riscos aos envolvidos na ação e as formas de preveni-los (descrever sobre uso de EPI, vacinação, capacitação da equipe de trabalho)

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

18. Outras informações relevantes

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Declaro, para os devidos fins, que:**

**a) Zelarei, cumprirei e farei cumprir as exigências da legislação vigente, com especial atenção às Resoluções do CFMV e CRMV-ES;**

**b) As informações acima são absolutamente verdadeiras e comprometo-me, quando solicitado, a complementá-las com dados e documentos comprobatórios;**

**c) Encaminharei, no prazo de 60 dias após o evento, o Relatório Parcial/Final.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura, nº CRMV-ES**

**Carimbo do Méd. Vet. Responsável Técnico da Entidade Promotora**

**Local: ....................................................................................**

**Data: .........../............./.............**