



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



TERMO DE RESPONSABILIDADE – HOSPITAL VETERINÁRIO

(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 **HOSPITAL VETERINÁRIO**, conforme Art. 10 da Resolução 1275/2019, destinado ao atendimento de animais para consultas, tratamentos clínico-ambulatoriais, exames diagnósticos, cirurgias e internações, com **atendimento ao público em PERÍODO INTEGRAL (24 horas)**, sob a **responsabilidade técnica, supervisão e a PRESENÇA PERMANENTE DE MÉDICO-VETERINÁRIO**.

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. 11 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 DIAGNÓSTICO COM SERVIÇO DE: RADIOLOGIA, ULTRASSONOGRAFIA, ELETROCARDIOGRAFIA, EQUIPAMENTOS LABORATORIAIS P/ EMERGÊNCIA CONTENDO: CENTRÍFUGA DE MICRO-HEMATÓCRITO, REFRACTÔMETRO, GLICOSÍMETRO, LACTÍMETRO, MICROSCÓPIO E FITAS DE URINÁLISE.
6	SETOR CIRÚRGICO , 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 CIRÚRGICA</u> COM - MESA IMPERMEÁVEL, ANESTESIA, ILUMINAÇÃO EMERGENCIAL, FOCO CIRÚRGICO, 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	SETOR DE 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;
	SETOR DE SUSTENTAÇÃO COM: LAVANDERIA (PODE TERCEIRIZAR ESTE SERVIÇO), DEPÓSITO DE LIMPEZA, ÁREA DE DESCANSO E ALIMENTAÇÃO DO(S) FUNCIONÁRIOS, SANITÁRIOS/VESTIÁRIOS, ESTOQUE DE



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



	MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO, UNIDADE REFRIGERADA PARA ANIMAIS MORTOS E RESÍDUOS.
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 A mão com Carimbo OU assinado digitalmente pelo Gov.br _____
--	---