



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



TERMO DE RESPONSABILIDADE – AMBULATÓRIO

(Checklist da Resolução nº 1.275/2019)

Nome do Méd. Veterinário:	
CPF:	
Nome do Estabelecimento:	

Declaro, para os devidos fins, que o estabelecimento acima identificado se trata de um **AMBULATÓRIO VETERINÁRIO**, conforme Art. 3º da Resolução 1275/2019, assim entendido o estabelecimento comercial, industrial, de recreação, de ensino, de pesquisa ou de órgãos públicos onde **SÃO ATENDIDOS OS ANIMAIS PERTENCENTES EXCLUSIVAMENTE AO RESPECTIVO ESTABELECIMENTO para exame clínico, realização de procedimentos ambulatoriais e vacinação.**

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. 4º e 15 da Resolução nº 1.275/2019)
1	ARQUIVO MÉDICO (FÍSICO/DIGITAL).
2	SALA DE ATENDIMENTO COM: REFRIGERAÇÃO EXCLUSIVA PARA VACINAS, MEDICAMENTOS E MATERIAIS BIOLÓGICOS, MESA IMPERMEÁVEL, PIA, ARMÁRIO PARA EQUIPAMENTOS E MEDICAMENTOS.
3	BALANÇA PARA PESAGEM DOS ANIMAIS.
4	GELADEIRA EXCLUSIVA PARA VACINAS/MEDICAMENTOS, COM TERMÔMETRO E REGISTRO DIÁRIO.
5	ARMAZENAMENTO DE ALIMENTOS EM UNIDADES SEPARADAS (ANIMAL/HUMANO).
6	PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS (PGRSS).
7	FLUXOS DE ÁREA LIMPA/SUJA RESPEITADOS.
8	ARMÁRIO TRANCADO PARA MEDICAMENTOS CONTROLADOS.
9	PIAS COM PAPEL TOALHA E DETERGENTE.
10	INSTALAÇÕES CONSERVADAS, SEGURAS, ORGANIZADAS, CONFORTÁVEIS E LIMPAS.
11	EQUIPAMENTOS, INSUMOS E MEDICAMENTOS ADEQUADOS E DISPONÍVEIS.
12	USO EXCLUSIVO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PARA SUA FINALIDADE.
13	INSTALAÇÕES CONSERVADAS, LIMPAS E SEGURAS.
14	MOBILIÁRIOS LAVÁVEIS E IMPERMEÁVEIS.
15	DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO ADEQUADAS.
16	CONTROLE CONTÍNUO DE PRAGAS URBANAS.
17	PRODUTOS VENCIDOS/SUSPEITOS DEVERÃO SER SEGREGADOS E IDENTIFICADOS QUANTO A CONDIÇÃO E DESTINO.

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 _____
--	---