**EDITAL DE REABERTURA**

**ANEXO II**

**FORMULÁRIO PARA APRESENTAÇÃO DO PROGAMA / PROJETO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA (MUTIRÕES) COM A FINALIDADE DE MANEJO POPULACIONAL DE CÃES E GATOS NO MUNICÍPIO DE JOÃO MONLEVADE/MG**

**Link para preenchimento**

**https://crmvmg.gov.br/ARQUIVOS/ascom/ANEXO-II.PDF**

**TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**NECESSÁRIA A RUBRICA DO MÉDICO-VETERINÁRIO RESPONSÁVEL TÉCNICO EM TODAS AS FOLHAS DESTE ANEXO**

**USO EXCLUSIVO DO**

**CRMV-MG**

**PROTOCOLO No**

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

**RECEBIDO EM:**

**\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_**

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

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

2- ( ) Cópia da ART averbada para o programa de controle populacional (para registro da Instituição e Anotação de Responsabilidade Técnica (ART), as instruções e os formulários encontram-se no link:

http://www.crmvmg.org.br/novoportal/Institucional/detalheInscricaoPJ.aspx

3- ( ) Cópia do Alvará da Vigilância Sanitária referente ao local/veículo onde serão realizadas as cirurgias de castração;

4- ( ) Cópia de um modelo de TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS

CIRÚRGICO E ANESTÉSICO a ser assinado pelo tutor ou responsável pelo animal;

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

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

7- ( ) Cópia da ART e Alvará da Vigilância Sanitária 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 (OSC, 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- ( ) Cópia da página/folha de abertura Livro de drogas controladas utilizado para o programa com carimbo/protocolo de abertura pela VISA

12- 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)

**Orientações:**

* Obrigatoriamente, este pedido deve ser protocolado no CRMV 60 dias antes do início da realização da ação de castração;
* O pedido deve estar embasado nas Resoluções do CFMV, com especial atenção às Resoluções CFMV nº 962 de 2010, 1275 de 2019 e CRMV-MG 367 de 2019 (as Resoluções estão disponíveis no site do CRMV-MG, aba Legislação).

Este protocolo deve ser preenchido em consonância com o atendimento da Resolução CRMV-MG n°367, 26 de agosto de 2019, do CRMV-MG, que normatiza os procedimentos de contracepção de cães e gatos em ações pontuais e Programas/Projetos de esterilização cirúrgica com a finalidade de controle populacional (https://portal.crmvmg.gov.br/Home/Normas).

**TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO;**

**NECESSÁRIA A RUBRICA DO MÉDICO-VETERINÁRIO RESPONSÁVEL TÉCNICO EM TODAS AS FOLHAS DESTE ANEXO. 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: ............................................................**  **Telefones: (.....) ............................................ (......) ..................................................**  **E-mail: ....................................................................................................................** |
| **Número de registro no CRMV-MG ( 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 OSC ou faculdade de medicina veterinária ou órgão público (Anexar documento e a ART, em casos do estabelecimento médico veterináro 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 Gatos**  **Machos: ................. Machos: .................**  **Fêmeas: ................. Fêmeas: ................**  **Total: ....................... 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 o art. 7 da Res. CRMV-MG n° 367/2019 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, cenário epidemiológico, incluindo protetores indepedentes e OSCs):**  **...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**  **5.2- Animais (Descrever a triagem dos animais que serão submetidos às cirurgias, detalhando critérios de inclusão e exclusão e risco cirúrgico, quando houver. Incluir também se os animais serão de OSC, de situação de rua ou de tutores): .....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**    **6 -Transporte dos animais (Descrever como será o transporte dos animais realizados pela entidada promotora – se tiver carro de apoio incluir documento do DETRAN e foto do veículoque contemple a placa - e como será a orientação aos tutores para esse procedimento, de acordo com o o art. 12 da Res. CRMV-MG n° 367/2019):**  **...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**  **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 o art. 8 da Res. CRMV-MG n° 367/2019):**  **...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**  **8- Sala para pré-operatório com as condições mínimas de funcionamento previsto em Resolução específica (Res. CFMV 1275/2019 ou Resolução substituta), contendo os seguintes equipamentos e materiais:**  **8.1. Balança veterinária própria para pesagem dos animais**  **( ) sim ( ) não**  **8.2. Suportes para soluções 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 (Res. CFMV 1275/2019 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 (Res. CFMV 1275/2019 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**  **Descrever o protocolo anestésico que será usado com nome dos fármacos, dose e via de administração de cada fármaco em cada espécie. 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 a esterilização dos materiais em outro local – clínica ou prefeitura, por exemplo, ou terceirizado – 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-MG......................................................................................................................**  **Local de trabalho..........................................................................................................**  **Telefone/E-mail.............................................................................................................**  **13.2. Nome completo e número do CRMV-MG do(s) médico(s) veterinário(s)**  **responsável(is) pelo pré-operatório e anestesia:**  **Nome:.............................................................................CRMV-MG.............................**  **Nome:..............................................................................CRMV-MG............................**  **13.3. Nome completo e número do CRMV-MG do(s) médico(s)-veterinário(s)**  **responsável(is) pela cirurgia:**  **Nome:..............................................................................CRMV-MG.........................**  **Nome:...............................................................................CRMV-MG.......................**  **13.4. Nome completo e número do CRMV-MG do(s) médico(s) veterinário(s)**  **responsável(is) pelo pós-operatório:**  **Nome:..............................................................................CRMV-MG.........................**  **Nome:..............................................................................CRMV-MG.........................**  **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.....................................**  **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 os ANEXOS IV, V e VI. 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 dos Anexos IV, V e VI.**  **....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**  **16. Nome e número de registro no CRMV-MG 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 pós cirurgias (deve ser anexado documento que comprove a relação entre o estabelecimento e o projeto):**  **Razão Social:**  **.......................................................................................................................................**  **CNPJ:.....................................................................CRMV-.............................................**  **Endereço: ......................................................................................................................**  **CEP: ................................... Cidade:..............................................................................**  **Telefones: (.....) .....................................................(......)................................................**  **E-mail:............................................................................................................................**  **Nome e nº do CRMV-MG 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 prevení-los ( descrever sobre uso de EPI, vacinação, capacitação da equipe de trabalho)**  **18. Outras informações relevantes**  **...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**  **19.PREENCHER ANEXO V COM INFORMAÇÕES SOBRE ÓBITOS E**  **INTERCORRÊNCIAS**  **O Médico-Veterinário Responsável Técnico deverá rubricar todas as folhas utilizadas nos Anexos II, IV, V e VI.**  **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-MG;**  **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, Relatório final.**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Assinatura, nº CRMV-MG e Carimbo do Méd. Vet. Responsável Técnico da Entidade**  **Promotora**  **Local: ........................................................................... Data: .........../............./.............** |