**ANEXO II**

 **FICHA DE INSCRIÇÃO**

**CREDENCIAMENTO N° 09/2024**

|  |
| --- |
| **1. DADOS GERAIS E IDENTIFICAÇÃO:** |
| **1.1. DADOS DA CLÍNICA VETERINÁRIA:** |
| **Município:** |  |
| **Região de Planejamento:** |  |
| **Lote:** | ( ) LOTE 01 ( ) LOTE 02 ( ) LOTE 03 |
| **Razão Social:** |  |
| **Nome Fantasia:** |  |
| **CNPJ:** |  |
| **Nº Registro CRMV/CE:** |  |
| **Logradouro:** |  |
| **Nº:** |  | **CEP:** |  |
| **Bairro:** |  | **Complemento:** |  |
| **Telefone Fixo:** |  | **Telefone Celular:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **1.2. REPRESENTANTE LEGAL:** |
| **Nome Completo:** |  |
| **Cargo/Função:** |  |
| **CPF:** |  |
| **Logradouro:** |  |
| **Nº:** |  | **CEP:** |  |
| **Bairro:** |  | **Complemento:** |  |
| **Telefone Fixo:** |  | **Telefone Celular:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **1.3. OUTRO CONTATO:** |
| **Nome Completo:** |  |
| **Cargo/Função:** |  |
| **Telefone Fixo:** |  | **Telefone Celular:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **2. SERVIÇOS OFERTADOS:** |
| **SERVIÇO** | **EXECUÇÃO** |
| **SIM** | **NÃO** |
| Castração de cães e gatos de ambos os sexos, com qualquer peso, incluindomedicamentos pré-cirúrgicos (pré-anestésicos e anestésicos) e pós cirúrgicos (antibióticos e anti-inflamatórios) e roupas cirúrgicas |  |  |
| Consultas veterinárias (incluindo hemograma completo) para a realização de castração de cães e gatos |  |  |
| Consultas veterinárias (clínica médica) para cães e gatos |  |  |
| Consultas cirúrgicas para cães e gatos |  |  |
| Consultas com especialistas (ortopedia) para cães e gatos |  |  |
| Consultas com especialistas (oncologia) para cães e gatos |  |  |
| Consultas com especialistas (cardiologia) para cães e gatos |  |  |
| Consultas com especialistas (dermatologia) para cães e gatos |  |  |
| Consultas com especialistas (neurologia) para cães e gatos |  |  |
| Consultas com especialistas (oftalmologia) para cães e gatos |  |  |
| Disponibilização de vagas para internação e tratamento intensivo para cães egatos |  |  |
| Exame laboratorial (Hemograma Completo) para cães e gatos |  |  |
| Exame de imagem (Ultrassonografia) para cães e gatos |  |  |
| Exame de imagem (Raio X) para cães e gatos |  |  |
| Cirurgias de baixa complexidade para cães e gatos, contendo os medicamentospré cirúrgico (pré-anestésico e anestésicos) e pós cirúrgicos (antibiótico e anti- inflamatório), curativos e colar elizabetano |  |  |
| Cirurgias gerais para cães e gatos, contendo os medicamentos pré cirúrgico (pré-anestésico e anestésicos) e pós cirúrgicos (antibiótico e anti-inflamatório), curativos e colar elizabetano |  |  |
| Cirurgias ortopédicas para cães e gatos, contendo os medicamentos pré cirúrgico(pré-anestésico e anestésicos) e pós cirúrgicos (antibiótico e anti-inflamatório), curativos e colar elizabetano |  |  |
| Cirurgias oncológicas para cães e gatos, contendo os medicamentos pré cirúrgico (pré-anestésico e anestésicos) e pós cirúrgicos (antibiótico e anti-inflamatório),curativos e colar elizabetano |  |  |
| Realização de eutanásia para cães e gatos |  |  |
| Consultas veterinárias para animais de grande porte (equinos) |  |  |
| Consultas com especialistas (ortopedia) para animais de grande porte (equinos) |  |  |
| Exame laboratorial (Hemograma Completo) para animais de grande porte (equinos) |  |  |
| Exame de imagem (Raio X) para animais de grande porte (equinos) |  |  |
| Cirurgias gerais para animais de grande porte (equinos), contendo os medicamentos pré cirúrgico (pré-anestésico e anestésicos) e pós cirúrgicos (antibiótico e anti-inflamatório) e curativos |  |  |
| Cirurgias ortopédicas para animais de grande porte (equinos), contendo os medicamentos pré cirúrgico (pré-anestésico e anestésicos) e pós cirúrgicos (antibiótico e anti-inflamatório) e curativos |  |  |
| **3. DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO:** |
| **Nome Completo:** |  |
| **Cargo/Função:** |  |
| **CPF:** |  |
| **Nº Registro CRMV/CE:** |  |
| **Logradouro:** |  |
| **Nº:** |  | **CEP:** |  |
| **Bairro:** |  | **Complemento:** |  |
| **Telefone Fixo:** |  | **Telefone Celular:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **4. APRESENTAÇÃO DA CLÍNICA VETERINÁRIA:** |
| **Apresentação de breve histórico da clínica veterinária** |
| **5. RECEBE ALGUM APOIO PÚBLICO OU PRIVADO?** |
| **SIM** |  | **NÃO** |  |
| **Se sim, qual?** |
| **6. QUAL A SITUAÇÃO DO IMÓVEL DA SEDE DA CLÍNICA VETERINÁRIA?** |
| **PRÓPRIO** |  | **CEDIDO** |  |
| **ALUGADO** |  | **OUTRO** |  |
| **Caso assinale a opção OUTRO, descrever qual a situação do imóvel:** |
| **7. A CLÍNICA VETERINÁRIA POSSUI FILIAIS?** |
| **SIM** |  | **NÃO** |  |
| **Se sim, qual o município e o bairro onde está localizado:** |
| **8. ESPAÇO FÍSICO DA CLÍNICA VETERINÁRIA:** |
| **ESPAÇO** | **SITUAÇÃO** | **QUANTIDADE** |
| **POSSUI** | **NÃO POSSUI** |
| **Estacionamento** |  |  |  |
| **Recepção** |  |  |  |
| **Banheiro** |  |  |  |
| **Consultório** |  |  |  |
| **Ambulatório** |  |  |  |
| **Administração** |  |  |  |
| **Depósito de materiais e medicamentos** |  |  |  |
| **Lavanderia** |  |  |  |
| **Centro Cirúrgico** |  |  |  |
| **Sala de lavagem e Esterilização de Materiais** |  |  |  |
| **Sala de assepsia e paramentação** |  |  |  |
| **Sala de exames de imagem** |  |  |  |
| **Sala de exames laboratoriais** |  |  |  |
| **Copa** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **9. EQUIPAMENTOS DA CLÍNICA VETERINÁRIA:** |
| **EQUIPAMENTO** | **SITUAÇÃO** | **QUANTIDADE** |
| **POSSUI** | **NÃO POSSUI** |
| **Cadeira** |  |  |  |
| **Mesa** |  |  |  |
| **Computador** |  |  |  |
| **Impressora** |  |  |  |
| **Ar-condicionado** |  |  |  |
| **Geladeira ou cooler para armazenamento de medicamentos e vacinas** |  |  |  |
| **Armários** |  |  |  |
| **Prateleiras** |  |  |  |
| **Seladora que tenha controle de****temperatura** |  |  |  |
| **Mini incubadora biológica** |  |  |  |
| **Lavadora** |  |  |  |
| **Maca** |  |  |  |
| **Lixeira** |  |  |  |
| **Autoclave** |  |  |  |
| **Equipamento de ultrassom** |  |  |  |
| **Equipamento de raio-x** |  |  |  |
| **Instrumentos cirúrgicos (lâminas de bisturis, tesouras, pinças, bandejas, porta-****agulhas, cabos e muito mais)** |  |  |  |
| **Equipamento de anestesia veterinária** |  |  |  |
| **Foco cirúrgico (principal e auxiliar)** |  |  |  |
| **Mesa cirúrgica** |  |  |  |
| **Mesa auxiliar** |  |  |  |
| **Aspirador cirúrgico** |  |  |  |
| **Bisturi eletrônico** |  |  |  |
| **Oxímetro digital** |  |  |  |
| **Desfibrilador** |  |  |  |
| **Calha cirúrgica** |  |  |  |
| **10. COLABORADORES DA CLÍNICA VETERINÁRIA** |
|  | **FUNÇÃO** | **NOME COMPLETO** | **QUANTIDADE** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| **11. A CLÍNICA VETERINÁRIA POSSUÍ VEÍCULO?** |
| **SIM** |  | **NÃO** |  |
| **Se sim, quantos?** |

**Local/CE, de de 202**

**NOME DO REPRESENTANTE LEGAL**

Cargo/Função CPF:

**NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO**

Cargo/Função CPF: CRMV/CE: