**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, incluindo  medicamentos 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 e  gatos | | | | | |  | | | |  |
| 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 medicamentos  pré 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: