

Ficha de verificação do exercício profissional Transportadora de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos

01 – Identificação do estabelecimento:

Termo nº: _____

Data: _____

Razão Social: _____

CRF-SP nº: _____

Farmacêutico fiscal: _____

02 – Documentação verificada:

c) Autorização de Funcionamento:

- Medicamentos
- Insumos farmacêuticos
- Cosméticos
- Produtos para Saúde
- Saneantes

d) Autorização Especial para transportar produtos da Port. SVS/MS n.º 344 / 98:

e) Autorização de Funcionamento da Polícia Federal:

f) Autorização de Funcionamento da Polícia Civil:

g) Autorização do Ministério do Exército:

h) Certificado de sanitização / desratização da empresa e dos veículos:

03 – Área do Terminal / Armazenamento:

a) Realiza armazenamento de produtos?

b) Possui área de pendência?

Caso realize armazenagem:

c) Possui área separada dos demais produtos?

d) Realiza “cross-docking”?

e) As condições gerais de armazenamento são adequadas?

f) Possui equipamentos para monitoramento de:

Umidade – U.R.A. no ato: _____

Temperatura – T no ato: _____

g) Realiza registros formais de temperatura e umidade?

h) Armazena produtos termolábeis?

De forma adequada?

i) Existem mecanismos de controle da temperatura e umidade do local? Se sim – quais?

j) Armazena produtos pertencentes à Port. SVS/MS n.º 344/98? De forma adequada?

04 – Condições de Transporte:

a) O farmacêutico orienta e supervisiona as condições de transporte dos produtos?

b) O farmacêutico orienta e supervisiona a compatibilidade das cargas transportadas?

c) Existe monitoramento de temperatura durante o transporte?

Em caso positivo, existem registros formais?

d) Transporta produtos termolábeis?

Em caso positivo, as condições de transporte são adequadas?

05 – Possui Manual de Boas Práticas?

06 – Existem Procedimentos Operacionais Padrão escritos à disposição dos envolvidos?

07 – Verifica a Autorização de Funcionamento das empresas para as quais transporta produtos?

08 – Transporte terceirizado

a) Realiza transporte com terceiros?

b) Se sim, autônomos Empresa

O serviço é qualificado? Como é realizado?

Relacionar os dados da empresa terceirizada: Razão social/CNPJ/End.

09 – Atividades exercidas pelo farmacêutico:

a) Executa treinamento com a equipe de trabalho? Existem registros?

b) Acompanha e fornece todas as informações solicitadas durante a fiscalização?

c) Atualiza os procedimentos operacionais? Qual a periodicidade?

d) Realiza inspeção em veículos e terminais?

e) Acompanha as ocorrências (Ex: avarias, extravios, devoluções)?

f) Realiza supervisão em filiais ou unidades? Existem registros?

g) Outras atividades desenvolvidas pelo farmacêutico:

10 – O farmacêutico possui um local próprio de trabalho?

11 – Observações:

Recebido por (nome, função e assinatura): _____

Fiscal (carimbo e assinatura): _____