



Nº

1ª VIA – PRONTUÁRIO

FISCALIZAÇÃO TERMO DE INTIMAÇÃO / AUTO DE INFRAÇÃO

Cód. Do Fiscal	<input type="text"/>	Cód. da Inspeção	<input type="text"/>	CRF-SP	<input type="text"/>
CRF.SP	<input type="text"/>	Propriedades (F)(N)(P)	<input type="text"/>	Verif. Assist.	<input type="text"/>
Ramo de Atividade	<input type="text"/>	Outras situações	<input type="text"/>	Alt. Contratual	<input type="text"/>
Cód. da Cidade	<input type="text"/>				

Eu, fiscal do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, no exercício de minhas funções regulamentares, fiscalizei este estabelecimento no dia e horário abaixo descritos:

Nome Fantasia / Sigla de Identificação da Entidade / Órgão Público:

Ramo de Atividade:

Razão Social / Denominação Legal da Entidade / Órgão Público:

CNPJ: _____ Inscrição Estadual: _____

Horário de Funcionamento do Estabelecimento: _____ às _____ horas.

Endereço: Rua _____ nº _____ Bairro _____

CEP _____ Cidade _____ Fone _____

Responsável Técnico: _____ CRF-SP Nº

Horário de Trabalho do Responsável Técnico: _____

Presente Ausente Verificar Assistência

Farmacêutico Substituto: _____ CRF-SP Nº

Horário de Trabalho do Farmacêutico Substituto: _____

Presente Ausente Verificar Assistência

Documentos Verificados na Inspeção:

- | | | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| a) Contrato de Constituição da Empresa / Registro de Firma Individual: Data | <input type="text"/> | Sim | <input type="text"/> | Não | <input type="text"/> | Não se aplica | <input type="text"/> |
| b) Alterações de Contrato Social / Reg. de Firma Individual: Data | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| c) Estatuto / Lei de Constituição da Entidade / Órgão Público: Data | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| d) Certidão de Regularidade / Registro R.T./F.S. – CRF-SP: Data | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| e) Licença / Protocolo de Funcionamento do exercício vigente: Nº | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| f) Autorização de Funcionamento ANVISA Nº | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

O ESTABELECIMENTO ACIMA DESCRITO ENCONTRA-SE FUNCIONANDO EM INFRAÇÃO A (AO):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ART. 10 ALÍNEA "C" E ART. 24 DA LEI Nº 3.820/60 | <input type="checkbox"/> ARTS. 3º, 5º E 6º DA LEI Nº 13.021/14 | <input type="checkbox"/> ART. 1º DO DECRETO Nº 85.878/81 |
| <input type="checkbox"/> ART. 1º DA LEI Nº 6.839/80 | <input type="checkbox"/> ART. 4º DA LEI Nº 13.021/14 | <input type="checkbox"/> OUTRAS LEGISLAÇÕES (VIDE OBSERVAÇÕES) |
| <input type="checkbox"/> ART. 11 DA MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.190-34/2001 | <input type="checkbox"/> ART. 8º DA LEI Nº 13.021/14 | |

PELOS SEGUINTE MOTIVOS: SEM REGISTRO PERANTE O CRF-SP SEM RESPONSÁVEL TÉCNICO FARMACÊUTICO PERANTE O CRF-SP

ESTAR EM ATIVIDADE NO MOMENTO DA INSPEÇÃO FISCAL SEM A PRESENÇA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO/SUBSTITUTO, DEMONSTRANDO QUE NÃO PRESTA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA FORMA DA LEI.

NO ATO DA INSPEÇÃO DA FISCALIZAÇÃO O ESTABELECIMENTO ENCONTRA-SE EM ATIVIDADE SEM A PRESENÇA DE FARMACÊUTICO.

OUTROS MOTIVOS: _____

Fica o estabelecimento de saúde, pelo presente, intimado a apresentar defesa por escrito, dentro do prazo de 05 (cinco) dias corridos, nos termos do artigo 9º da Resolução nº 566/2012, do Conselho Federal de Farmácia, bem como se adequar em relação às irregularidades constatadas no presente termo, sob pena de aplicações de novas penalidades, nos termos da legislação aplicável.

Observações: _____

Sócios da Empresa / Responsáveis Legais da Entidade / Órgão Público:

1 - _____

RG Nº _____ CPF Nº _____

Endereço _____

2 - _____

RG Nº _____ CPF Nº _____

Endereço _____

No ato da fiscalização encontrava-se na direção do estabelecimento o (a)

Sr(a) _____

RG Nº _____ CPF Nº _____

que exerce a função de _____, e para constar foi lavrado o presente TERMO DE INTIMAÇÃO / AUTO DE INFRAÇÃO (em 2 vias), que após lido segue assinado confirmando seus termos.

Período de Inspeção: _____ às _____ horas.

_____, _____ de _____ de _____

(DECLARANTE)

(FISCAL DO CRF-SP)



Nº

2ª VIA – ESTABELECIMENTO

FISCALIZAÇÃO TERMO DE INTIMAÇÃO / AUTO DE INFRAÇÃO

Cód. Do Fiscal	<input type="text"/>	Cód. da Inspeção	<input type="text"/>	CRF-SP	<input type="text"/>
CRF.SP	<input type="text"/>	Propriedades (F)(N)(P)	<input type="text"/>	Verif. Assist.	<input type="text"/>
Ramo de Atividade	<input type="text"/>	Outras situações	<input type="text"/>	Alt. Contratual	<input type="text"/>
Cód. da Cidade	<input type="text"/>				

Eu, fiscal do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, no exercício de minhas funções regulamentares, fiscalizei este estabelecimento no dia e horário abaixo descritos:

Nome Fantasia / Sigla de Identificação da Entidade / Órgão Público: _____

Ramo de Atividade: _____

Razão Social / Denominação Legal da Entidade / Órgão Público: _____

CNPJ: _____ Inscrição Estadual: _____

Horário de Funcionamento do Estabelecimento: _____ às _____ horas.

Endereço: Rua _____ nº _____ Bairro _____

CEP _____ Cidade _____ Fone _____

Responsável Técnico: _____ CRF-SP Nº

Horário de Trabalho do Responsável Técnico: Presente Ausente Verificar Assistência

Farmacêutico Substituto: _____ CRF-SP Nº

Horário de Trabalho do Farmacêutico Substituto: Presente Ausente Verificar Assistência

Documentos Verificados na Inspeção:

	Sim	Não	Não se aplica
a) Contrato de Constituição da Empresa / Registro de Firma Individual: Data _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) Alterações de Contrato Social / Reg. de Firma Individual: Data _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) Estatuto / Lei de Constituição da Entidade / Órgão Público: Data _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d) Certidão de Regularidade / Registro R.T./F.S. – CRF-SP: Data _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e) Licença / Protocolo de Funcionamento do exercício vigente: Nº _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f) Autorização de Funcionamento ANVISA Nº _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

O ESTABELECIMENTO ACIMA DESCRITO ENCONTRA-SE FUNCIONANDO EM INFRAÇÃO A (AO):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ART. 10 ALÍNEA "C" E ART. 24 DA LEI Nº 3.820/60 | <input type="checkbox"/> ARTS. 3º, 5º E 6º DA LEI Nº 13.021/14 | <input type="checkbox"/> ART. 1º DO DECRETO Nº 85.878/81 |
| <input type="checkbox"/> ART. 1º DA LEI Nº 6.839/80 | <input type="checkbox"/> ART. 4º DA LEI Nº 13.021/14 | <input type="checkbox"/> OUTRAS LEGISLAÇÕES (VIDE OBSERVAÇÕES) |
| <input type="checkbox"/> ART. 11 DA MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.190-34/2001 | <input type="checkbox"/> ART. 8º DA LEI Nº 13.021/14 | |

PELOS SEGUINTE MOTIVOS: SEM REGISTRO PERANTE O CRF-SP SEM RESPONSÁVEL TÉCNICO FARMACÊUTICO PERANTE O CRF-SP

ESTAR EM ATIVIDADE NO MOMENTO DA INSPEÇÃO FISCAL SEM A PRESENÇA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO/SUBSTITUTO, DEMONSTRANDO QUE NÃO PRESTA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA FORMA DA LEI.

NO ATO DA INSPEÇÃO DA FISCALIZAÇÃO O ESTABELECIMENTO ENCONTRA-SE EM ATIVIDADE SEM A PRESENÇA DE FARMACÊUTICO.

OUTROS MOTIVOS: _____

Fica o estabelecimento de saúde, pelo presente, intimado a apresentar defesa por escrito, dentro do prazo de 05 (cinco) dias corridos, nos termos do artigo 9º da Resolução nº 566/2012, do Conselho Federal de Farmácia, bem como se adequar em relação às irregularidades constatadas no presente termo, sob pena de aplicações de novas penalidades, nos termos da legislação aplicável.

Observações: _____

Sócios da Empresa / Responsáveis Legais da Entidade / Órgão Público:

1 - _____
RG Nº _____ CPF Nº _____
Endereço _____

2 - _____
RG Nº _____ CPF Nº _____
Endereço _____

Sr(a) _____ No ato da fiscalização encontrava-se na direção do estabelecimento o (a)
RG Nº _____ CPF Nº _____
que exerce a função de _____, e para constar foi lavrado o presente TERMO DE INTIMAÇÃO / AUTO
DE INFRAÇÃO (em 2 vias), que após lido segue assinado confirmando seus termos.
Período de Inspeção: _____ às _____ horas.

(DECLARANTE)

(FISCAL DO CRF-SP)