

Termo de Visita

DADOS PRINCIPAIS DO TERMO

Farmacêutico Fiscal:

Termo:

Nº Termo:

Data:

Feriado:

CRF-SP Nº:

Verificar Assistência

Ramo:

Código da Inspeção:

Propriedade(F)(N)(P):

Razão Social:

Outras situações:

Outras situações 2:

Alt. Contratual

Razão Social

Endereço

Sócios

Ramo de Atividade

Capital Social

Declaração Ramo

DADOS DO ESTABELECIMENTO

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

Razão Social:

CNPJ:

Inscrição Estadual:

Horário Funcionário:

Endereço:

CEP:

Cidade:

Telefone:

E-mail:

Responsável Técnico:

CRF Responsável Técnico:

Horário Responsável Técnico:

Presente

Ausente

Verificar Assistência

Farmacêutico Substituto

CRF Farmacêutico Substituto:

Horário Farmacêutico Substituto:

Presente

Ausente

Verificar Assistência

DOCUMENTOS VERIFICADOS EM INSPEÇÃO

a) Contrato de Constituição da Empresa / Registro de Firma Individual:

Sim

Não

Não se aplica

Data _____

b) Alterações de Contrato Social / Reg. de Firma Individual:

Sim Não Não se aplica

Data _____

c) Estatuto / Lei de Constituição da Entidade / Órgão Público:

Sim Não Não se aplica

Data _____

d) Certidão de Regularidade / Registro R.T./F.S. – CRF-SP:

Sim Não Não se aplica

Data _____

e) Licença / Protocolo de Funcionamento do exercício vigente:

Sim Não Não se aplica

Nº _____

f) Autorização de funcionamento ANVISA:

Sim Não Não se aplica

Nº _____

Alheios:

Intermediação:

Serviços Permitidos:

Outras Constatatóes:

Período da Inspeção:

Data

(Declarante e função)

(RG Declarante)

Assinatura do declarante

Assinatura do Farmacêutico Fiscal

Eventual justificativa deverá ser protocolada na sede ou seccional do CRF-SP ou postada no correio, em original, no prazo de cinco dias corridos.