



Nº

1ª VIA – PRONTUÁRIO

### FISCALIZAÇÃO TERMO DE INSPEÇÃO E 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: \_\_\_\_\_ 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) Certidão de Regularidade / Registro R.T./F.S. – CRF-SP: Data \_\_\_\_\_  
b) Licença / Protocolo de Funcionamento do exercício vigente: Nº \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
c) Autorização de Funcionamento ANVISA Nº \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

O ESTABELECIMENTO ACIMA DESCRITO ENCONTRA-SE FUNCIONANDO EM INFRAÇÃO A (AO):  
 ART. 10 ALÍNEA "C" E ART. 24 DA LEI Nº 3.820/60  ARTS. 3º, 5º E 6º DA LEI Nº 13.021/14  ART. 1º DO DECRETO Nº 85.878/81  
 ART. 1º DA LEI Nº 6.839/80  ART. 4º DA LEI Nº 13.021/14  OUTRAS LEGISLAÇÕES (VIDE OBSERVAÇÕES)  
 ART. 11 DA MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.190-34/2001  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 úteis, nos termos do artigo 9º da Resolução nº 566/2012, do Conselho Federal de Farmácia, ou em outra que vier a substituí-la, 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 \_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_

RG Nº \_\_\_\_\_ CPF Nº \_\_\_\_\_

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 INSPEÇÃO / 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)