

ANEXO I - IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL (MODELOS DE CÉDULA DE IDENTIDADE, CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO E COLETE)

MODELO DE CÉDULA IDENTIDADE

Frente:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE XXXX-CRF-XX

CÉDULA DE IDENTIDADE FUNCIONAL

Nome:

Função: Farmacêutico Fiscal

Nº Inscrição CRF:

R.G.:

CPF:

Filiação:

Assinatura do Farmacêutico Fiscal:

Foto

Verso:

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE XXXXXXXXXX -
CRF-XX

É o portador do presente documento de identidade nº XXX, servidor público federal, investido na função de farmacêutico fiscal do CRF-XX, podendo, para o pleno desempenho de suas funções, nos termos previstos na Lei Federal nº 3.820 de 11 de novembro de 1960, diligenciar e fiscalizar quaisquer estabelecimentos civil ou militar, comercial, industrial, profissional ou outros que exploram serviços para os quais são necessárias atividades de farmacêutico, assim como fiscalizar o exercício profissional para o fiel cumprimento do Código de Ética da profissão farmacêutica e da legislação relacionada. Para garantir a execução das prerrogativas legais da investidura, requeremos às autoridades civis e policiais, que prestem o apoio institucional previsto na legislação civil e penal ao portador.

Local e data:

Assinatura do Presidente(a) do CRF/XX:

Especificações Técnicas:

-Cédula de Identidade Funcional de Farmacêutico Fiscal.

-Cor Azul

-Formato: aberta - 20,0 cm x 7,0 cm / fechada - 10,0 cm x 7,0 cm

-Papel - Fibra Color 94 g/m²

-Impressões: 5 (frente) x 1 (verso)

Frente:

Em talho doce - Brasão e tarja especial com filigranas em negativo e positivo, texto microscópico em negativo e positivo; imagem latente (CFF); falha técnica.

Em off-set - Texto reativo a filtro cromático; texto e brasão em impressão invisível reativa à luz ultravioleta; fundo numismático duplex, com efeito, íris; impressão simultânea frente e verso; texto microscópico. Em tipografia - codificação numérica ou alfanumérica, com dígito verificador sensível à luz ultravioleta.

Numeração de controle.

Verso:

Em off-set - Fundo numismático duplex.

Impermeabilização - obtida por meio de película transparente, colocada sobre os dados variáveis.

MODELO DE CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL

Descrição:

- Carteira de couro de pelica preta medindo 17,5 x 12,5 cm (aberta), com pala móvel de 6,5 x 11,5 cm do mesmo couro.

- Estrutura de papelão prensado com forro de nylon preto

- Bolso principal interno e dois bolsos de plástico PVC 030 soldados com acabamento de viés.

- Na pala móvel interna, Brasão da República em suas cores originais, de metal fundido 7 x 4,5 cm, banhado a ouro, recortado, com dois listéis superiores com inscrições "Serviço Público" e "Federal" e dois listéis inferiores, um com a inscrição "CFF" e outro para gravação personalizada embutidos no couro. Na parte superior do Brasão metálico da pala interna, haverá uma plaqueta de metal dourado em formato de meia lua com a inscrição pantografada "FISCALIZAÇÃO", também embutida no couro.

- Na capa externa frontal, em gravação "hot stamp" dourada do Brasão das armas ao centro, com inscrições, em caixa alta "FISCALIZAÇÃO" e " FEDERAL", em formato de meia lua.

MODELO DE COLETE

Descrição:

Colete preto de brim ou outro tecido resistente, modelo "tático".

Parte Frontal do Colete:

-02 (dois) bolsos tipo "cargo", no quadrante inferior direito e no quadrante inferior esquerdo.

-No quadrante superior direito do colete, deverá dispor a logomarca do CFF.

-No quadrante superior esquerdo do colete, deverá dispor a logomarca do CRF.

-As logomarcas terão dimensão mínima de 08 centímetros e máxima de 12 centímetros.

Parte Posterior do Colete:

-Deverá constar na parte superior, na cor amarela e letras modelo Verdana, caixa alta, altura máxima das letras de 7,0 cm, em semicírculo, a palavra "FISCALIZAÇÃO" e abaixo desta, fechando o semicírculo, a palavra "FEDERAL", formando ambas uma "meia lua".

-Deverá constar na parte inferior o nome ou abreviação do CFF e respectivo CRF.

ANEXO II - FORMULÁRIOS PARA TERMO DE INSPEÇÃO, TERMO DE NOTIFICAÇÃO, TERMO DE INTIMAÇÃO, AUTO DE INFRAÇÃO, AUTO DE INFRAÇÃO A DISTÂNCIA E TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO DE AUTO DE INFRAÇÃO

FORMULÁRIO PARA TERMO DE INSPEÇÃO, TERMO DE INTIMAÇÃO E AUTO DE INFRAÇÃO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO (ESTADO)		
TERMO DE INSPEÇÃO Nº:		
Dados do Estabelecimento		
Razão Social	CNPJ	Registro CRF/XX
Nome Fantasia	Bairro	
Endereço	Fone	
Município	CEP	
Tipo de Estabelecimento	Natureza de Atividade	
Horário de Funcionamento		
Responsável Técnico CRF/xx	Assistência	
Horário de Assistência Farmacêutica		
Assistente Técnico CRF/xx	Assistência	
Horário de Assistência Farmacêutica		
Documentação do estabelecimento: Alvará Sanitário, AFE, Certidão de Regularidade, etc.		
OBSERVAÇÕES:		
<input type="checkbox"/> TERMO DE NOTIFICAÇÃO Nº: <input type="checkbox"/> Registra RT <input type="checkbox"/> Outro		
<input type="checkbox"/> TERMO DE INTIMAÇÃO Nº: <input type="checkbox"/> Providenciar a Certidão de Regularidade Técnica atualizada <input type="checkbox"/> Afixar a Certidão de Regularidade Técnica em local visível <input type="checkbox"/> Averbar dados da última alteração social <input type="checkbox"/> Outras observações: Observação: o não atendimento a quaisquer dos itens poderá gerar pendências administrativas, irregularidade cadastral, não emissão de documentos e certidões, abertura de processo ético-disciplinar, notificação ao órgão de vigilância sanitária e outras providências cabíveis.		
<input type="checkbox"/> AUTO DE INFRAÇÃO Nº Aos ____ dias do mês de ____ do ano de 20____, o fiscal do Conselho Regional de Farmácia do Estado ____, abaixo assinado, constatou a prática de infração ao artigo 24 da Lei Federal nº 3.820/60, pela empresa ou estabelecimento qualificado no termo de inspeção nº _____. Na forma do Artigo 9º da Resolução CFF nº 566/12, poderá a empresa ou estabelecimento pessoa jurídica, por seu representante legal, no prazo de 05 (cinco) dias a partir da data da disponibilização, apresentar DEFESA ESCRITA, a qual deverá atender aos requisitos elencados no artigo 10º da referida resolução. E, para constar, foi lavrado o presente documento e assinada pelas partes. Observações: Município, data.		
RECEBIMENTO: Assinatura do representante do estabelecimento: Nome: Cargo: R.G.: C.P.F.: Assinatura do farmacêutico fiscal do CRF/XX Nome ou carimbo:		

FORMULÁRIO DE AUTO DE INFRAÇÃO A DISTÂNCIA

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO (ESTADO) XXXXXX AUTO DE INFRAÇÃO	
Auto de Infração n.º	
N.º Controle Interno:	
Às _____ horas do dia _____ do ano de 20__, o fiscal do Conselho Regional de Farmácia do Estado xxxxx, abaixo assinado, constatou a prática de infração ao artigo 24 da Lei Federal nº 3.820/60, pela empresa ou estabelecimento (razão social), com denominação comercial de (nome fantasia) situada à (endereço) Bairro (bairro) no Município (Nome do município) e, permanecendo a irregularidade constatada no Termo de Inspeção n.º <u>XXX</u> , lavrado em//, conforme atestam os dados cadastrais do estabelecimento no CRF-XX, sendo a ocorrência:	
<input type="checkbox"/> Não comprova que as atividades são exercidas por farmacêutico responsável técnico anotado no CRF. <input type="checkbox"/> Não comprova que as atividades são exercidas por farmacêutico responsável técnico anotado no CRF, e com empresa registrada no CRF (ilegal);	
Na forma do Artigo 9º da Resolução nº 566/12 do CFF, poderá a empresa ou estabelecimento por seu representante legal, no prazo de 05 (cinco) dias, a partir da data de juntada do comprovante de entrega e recebimento do estabelecimento, dos correios, apresentar DEFESA ESCRITA, a qual deverá atender aos requisitos elencados no artigo 10º da referida resolução. E, para constar, foi lavrado o presente documento, em duas vias, cuja cópia encontra-se arquivada na base de dados do CRF. Local, data.	
Assinatura do Fiscal:	

FORMULÁRIO DE TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO DE AUTO DE INFRAÇÃO

ANEXO III - FORMULÁRIOS PARA NOTIFICAÇÕES DE MULTA E GUIA DE RECOLHIMENTO

NOTIFICAÇÃO DE MULTA PARA AUTO DE INFRAÇÃO SEM DEFESA E/OU DEFESA INTEMPESTIVA COM GUIA DE RECOLHIMENTO DE MULTA

NOTIFICAÇÃO DE MULTA PARA AUTO DE INFRAÇÃO COM DEFESA E/OU DEFESA TEMPESTIVA COM GUIA DE RECOLHIMENTO DA MULTA ANEXA.

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO (ESTADO)
NOTIFICAÇÃO DE MULTA

Processo Administrativo Fiscal: (número e data de abertura)
Auto de Infração: (número e data)
NOTIFICAÇÃO N.º (número/ano)

O TESOUREIRO DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA / (Estado), no uso de suas atribuições,
Notifica: (razão social)
Número do Registro: (inscrição da empresa)
Endereço: (endereço da empresa)
Município: (cidade da empresa) / (uf)
CEP: (cep da empresa)

que foi julgada procedente a infração ao artigo 24 da Lei Federal nº 3.820/60, conforme consta do Auto de Infração N.º (número) do dia (data), lavrado pelo serviço de fiscalização desta Autarquia, originando o Processo Administrativo Fiscal N.º (número), razão pela qual foi aplicada multa prevista no artigo 24, parágrafo único, da Lei Federal nº 3.820/60 conforme os motivos expostos no voto do conselheiro relator: (ausência de argumentos legais/ vícios de defesa previstos nos artigos 9º e 10 da Resolução/CFF nº 566/12), sendo pela aplicação de multa no valor de (valor em número e por extenso), por ser a autuação por (motivo do Auto de Infração) e (reincidência/primário).

Notifica, outrossim, que deverá efetuar o pagamento da multa estipulada, ou recorrer ao Conselho Federal de Farmácia no prazo de 30 (trinta) dias, a contar do recebimento da presente notificação. Desconsiderar o boleto anexo em caso de apresentação de recurso.

A petição de recurso deverá ser apresentada ao Conselho Regional de Farmácia / (Estado), que encaminhará as razões recursais à entidade federal competente, observando a necessidade de preparo, mediante pagamento de porte de remessa e retorno dos autos, por meio de boleto bancário (a ser solicitado/ou enviado em anexo), obedecendo ao rito previsto na Resolução/CFF nº 566/12, sob pena de deserção.

O recolhimento da multa deverá ser efetuado mediante "guia pré-emitida", em agências bancárias que se utilizam do sistema de compensação, sendo que a multa não paga será inscrita em DÍVIDA ATIVA EXECUTIVA e extraída certidão para respectivo ajuizamento.

Local, data.

Assinatura do Diretor Responsável pela Fiscalização

ANEXO IV - DIRETRIZES, MODELOS E INSTRUÇÕES PARA O PLANO DE FISCALIZAÇÃO ANUAL E RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO ANUAL DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA

DIRETRIZES E INSTRUÇÕES PARA PLANO DE FISCALIZAÇÃO ANUAL

Plano Anual de Fiscalização: é o documento estratégico para o planejamento, elaboração e execução das atividades de fiscalização do exercício profissional, elaborado em conjunto pelo vice-presidente, gerente de fiscalização e fiscais do Conselho Regional de Farmácia, aprovado em plenária, considerando as diretrizes, modelo padrão e instruções abaixo descritas.

1. Diretoria

Presidente

Vice-presidente

Secretário Geral

Tesoureiro

2. Estrutura do departamento de fiscalização

Nome do gerente da fiscalização

Nome do coordenador de fiscalização

Nomes dos fiscais atuantes na fiscalização

Nomes dos fiscais em serviços internos

Nomes dos auxiliares administrativos

Relação dos veículos de uso exclusivo para fiscalização (informar se próprio ou locado)

Número de computadores, terminais telefônicos, impressoras, equipamentos para fiscalização eletrônica, etc.

3. Localização dos fiscais e seccionais

Fiscais lotados na sede

Fiscais lotados nas seccionais

Fiscais lotados em outras localidades

4. Diretrizes do regional

4.1 Referentes à carga horária de assistência farmacêutica a ser exigida em cada tipo de estabelecimento, definições anexando deliberações, portarias, ordem de serviço e termo de ajuste de conduta em vigência, se houver.

4.2 Referentes à assistência farmacêutica exigida em outras situações.

4.3 Afastamentos provisórios, deliberar e discriminar os procedimentos que serão adotados, informando se ocorre notificação prévia, orientações, concessão de prazos, autuação, etc.

4.4 Procedimentos para autuação do estabelecimento, informando se ocorrerá notificação prévia, orientações, concessão de prazos, etc. Anexar deliberações, portarias ou ordem de serviços, se houver.

4.5 Metas da Fiscalização.

4.6 Comunicações à Presidência pelo departamento de fiscalização, informar a metodologia, a periodicidade e as situações.

4.7 Parcerias com outros órgãos.

4.8 Formas de fiscalizações no setor público: descrever a forma e situação atual do setor.

5. Abrangência de Fiscalização no estado, incluindo as regiões e a capital, contendo:

5.1 Número de municípios e sua população, número de estabelecimentos privados e públicos e número de farmacêuticos.

5.2 Índices de soma de farmácias e drogarias, número habitantes por farmácia e drogaria, número de farmacêuticos por estabelecimento, número de habitantes por farmacêuticos, número de estabelecimento por fiscal.

6. Custos da Fiscalização, descrevendo a previsão de despesas com combustível, diárias, salários e encargos dos fiscais, auxiliares, renovação da frota e/ou custo de locação de veículos, manutenção dos veículos e serviços gráficos.

7. Sistemática da Fiscalização

7.1 Os índices de desempenho de fiscalização (IDF e IDCR).

7.2 Fiscalização de todos os estabelecimentos farmacêuticos, com prioridade para estabelecimentos ilegais, irregulares (perfil 5), apuração de denúncias, estabelecimentos sem assistência farmacêutica efetiva (perfil 3) e perfil 4, quando não há dados para classificação em perfil.

7.3 A eficácia da fiscalização exercida, avaliando se o plano de fiscalização aplicado no exercício anterior foi integralmente cumprido, incluindo evolução dos índices de acompanhamento descritos em comparação aos exercícios anteriores.

7.4 Anexar as Fichas de Fiscalização do Exercício das Atividades Farmacêuticas estabelecidas no regional.

MODELO DO PLANO DE FISCALIZAÇÃO ANUAL

MODELO DO PLANO DE FISCALIZAÇÃO ANUAL

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO (ESTADO)
Plano de Fiscalização Anual do Conselho Regional de Farmácia do (Estado)
(ano)

1. DIRETORIA	
Presidente	
Vice-presidente	
Secretário Geral	
Tesoureiro	
2. ESTRUTURA DO DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO	
Nome do gerente de fiscalização	
Nome do coordenador de fiscalização	
Nomes dos fiscais em serviço interno	
Nome dos fiscais atuantes na fiscalização	
Nome dos auxiliares administrativos	
Recursos físicos	Número de computadores:
	Número de terminais telefônicos:
	Número de impressoras:
	Número de kits da FEM:
Veículos de uso exclusivo da fiscalização	Próprio:
	Locado:
3. LOCALIZAÇÃO DOS FISCAIS E SECCIONAIS	
Fiscais lotados na sede	
Fiscais lotados nas seccionais	
Fiscais lotados em outras localidades	
4. DIRETRIZES DO REGIONAL	
4.1 REFERENTE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EXIGIDA NOS ESTABELECIMENTOS	
Farmácia sem manipulação ou drogaria	
Farmácia com manipulação	
Farmácia pública	
Farmácia hospitalar pública	
Farmácia hospitalar privada	
Farmácia privativa de clínicas e similares	
Laboratório de análises clínicas público	
Laboratório de análises clínicas privado	
Posto de coleta	
Distribuidora de medicamentos	
Outras distribuidoras	
Indústrias farmacêuticas	
Outras indústrias	
Importadoras de medicamentos	
Outras atividades farmacêuticas	
Operador logístico de medicamentos	
Outros operadores logísticos	
Consultórios de saúde estética	
Consultórios de acupuntura	
Consultórios farmacêuticos	
4.2 REFERENTE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EXIGIDA EM OUTRAS SITUAÇÕES	
Número máximo permitido de direções técnicas (DT), por tipo de estabelecimento.	
Número máximo permitido de assistentes técnicos ou substitutos (AT/S), por tipo de estabelecimento.	
Intervalo mínimo exigido entre duas DT/AT/S.	
Participação do farmacêutico como sócio.	
4.3 AFASTAMENTOS PROVISÓRIOS	
Férias regulamentares de 30 dias	
Licença maternidade	
Licença médica superior a 30 dias	
Justificativas antecipadas de ausências nos casos de consultas, exames, licença matrimônio.	
Justificativas de ausências posteriores, com atestado médico ou odontológico, consulta e exames.	
Participação em cursos de qualificação (especialização, mestrado, doutorado, etc.) e congressos.	
Atividades administrativas e outros.	
4.4 PROCEDIMENTOS PARA AUTUAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
Constatação de ausência do farmacêutico (DT/AT/S) na inspeção	
Constatação de atividade privativa farmacêutica por profissional não habilitado, na ausência do farmacêutico	
Estabelecimentos irregulares (perfil 5)	
Estabelecimento que funciona fora do horário declarado na Certidão De Regularidade	
Estabelecimentos ilegais	
Auto de infração à distância	
Postos de medicamentos	
4.5 METAS DA FISCALIZAÇÃO	
Número de inspeções no ano.	
Número de inspeções na capital.	
Número de inspeções no interior.	
Número de fichas de fiscalização do exercício das atividades farmacêuticas (FFEAF) a serem aplicadas. Descrever para quais atividades de estabelecimento, nível de complexidade da ficha, quantidade e periodicidade, objetivo da aplicação, destinação das informações coletadas nas fichas a serem aplicadas.	
Número de inspeções noturnas, finais de semana e em feriados, a serem realizadas.	
Previsão de treinamentos, cursos, e palestras de capacitação aos fiscais, contendo carga horária, data e fiscais participantes.	
4.6 COMUNICAÇÕES DA FISCALIZAÇÃO À PRESIDÊNCIA	

5. ABRANGÊNCIA DA FISCALIZAÇÃO						
A - NÚMEROS	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	NÚMERO DE ESTABELECIMENTO PRIVADO	NÚMERO DE ESTABELECIMENTO PÚBLICO	NÚMERO DE FARMACÊUTICOS	NÚMERO DE HABITANTES	NÚMERO DE FISCAIS
ESTADO						
CAPITAL						
REGIÃO I						
REGIÃO II						
...						

DIRETRIZES E INSTRUÇÕES PARA RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO ANUAL

Relatório de Fiscalização Anual: é o documento que informa sobre a execução e resultados das atividades de fiscalização do exercício profissional no exercício anterior, considerando as diretrizes definidas no respectivo Plano de Fiscalização Anual, seguindo o modelo padrão e diretrizes abaixo descritas.

1. Diretoria atual

Presidente

Vice-presidente

Secretário Geral

Tesoureiro

2. Estrutura do departamento de fiscalização, referente ao ano anterior

Nome do gerente da fiscalização

Nome do coordenador de fiscalização

Nomes dos fiscais atuantes na fiscalização

Nomes dos fiscais em serviços internos

Nomes dos auxiliares administrativos

Relação dos veículos de uso exclusivo para fiscalização

Número de computadores, terminais telefônicos, impressoras, equipamentos para fiscalização eletrônica, etc.

3. Localização dos fiscais e seccionais

Fiscais lotados na sede

Fiscais lotados nas seccionais

Fiscais lotados em outras localidades

4. Diretrizes do regional

4.1 Referentes à carga horária de assistência farmacêutica exigida em cada tipo de estabelecimento, definições anexando deliberações, portarias, ordem de serviço e termo de ajuste de conduta em vigência, se houver.

4.2 Afastamentos provisórios, informando os procedimentos adotados no ano.

4.3 Procedimentos para autuação do estabelecimento, informando os procedimentos adotados no ano.

4.4 Metas da Fiscalização.

4.5 Comunicações à Presidência pelo departamento de fiscalização.

4.6 Parcerias com outros órgãos.

4.7 Formas de fiscalizações no setor público: descrever a forma e situação atual do setor.

5. Abrangência de Fiscalização no estado, incluindo as regiões e a capital, contendo as informações do ano anterior:

5.1 Número de municípios e sua população, número de estabelecimentos privados e públicos e número de farmacêuticos.

5.2 Índices de soma de farmácias e drogarias, número habitantes por farmácia e drogaria, número de farmacêuticos por estabelecimento, número de habitantes por farmacêuticos, número de estabelecimento por fiscal.

6. Custos da Fiscalização, descrevendo as despesas do ano anterior com combustível, diárias, salários e encargos dos fiscais, auxiliares, renovação da frota e/ou custo de locação de veículos, manutenção dos veículos e serviços gráficos.

7. Sistemática da Fiscalização

7.1 Informar os índices de desempenho de fiscalização (IDF), colocando os resultados obtidos.

7.2 Informar como ocorreu a fiscalização dos estabelecimentos farmacêuticos, as prioridades realizadas.

7.3 Proporções do número de multas aplicadas pelo Plenário, por quantidade e tipo de autuação efetuada: número de multas aplicadas dividido pelo número de autuações lavradas, por cada tipo de autuação.

7.4 A eficácia da fiscalização exercida, avaliando se o plano de fiscalização aplicado no exercício anterior foi integralmente cumprido, incluindo evolução dos índices de acompanhamento descritos abaixo em comparação aos exercícios anteriores.

Caso tenha sido tomada alguma decisão diferente do Plano de Fiscalização Anual vigente, informar os motivos da alteração no relatório.

MODELO DO RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO ANUAL

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO (ESTADO)
Relatório de Fiscalização Anual do Conselho Regional de Farmácia do (Estado)
(ano)

1. DIRETORIA	
Presidente	
Vice-presidente	
Secretário Geral	
Tesoureiro	
2. ESTRUTURA DO DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO	
Nome do gerente de fiscalização	
Nome do coordenador de fiscalização	
Nomes dos fiscais em serviço interno	
Nome dos fiscais atuantes na fiscalização	
Nome dos auxiliares administrativos	
Recursos físicos	Número de computadores:
	Número de terminais telefônicos:
	Número de impressoras:
	Número de kits da FEM:
Veículos de uso exclusivo da fiscalização	Próprio:
	Locado:
3. LOCALIZAÇÃO DOS FISCAIS E SECCIONAIS	
Fiscais lotados na sede	
Fiscais lotados nas seccionais	
Fiscais lotados em outras localidades	
4. DIRETRIZES DO REGIONAL	
4.1 REFERENTE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DEFINIDA PARA OS SEGUINTE ESTABELECIMENTOS	
Farmácia sem manipulação ou drogaria	
Farmácia com manipulação	
Farmácia pública	
Farmácia hospitalar pública	
Farmácia hospitalar privada	
Farmácia privativa de clínicas e similares	
Laboratório de análises clínicas público	
Laboratório de análises clínicas privado	
Posto de coleta	
Distribuidora de medicamentos	
Outras distribuidoras	
Indústrias farmacêuticas	
Outras indústrias	
Importadoras de medicamentos	
Operador logístico de medicamentos	
Outros operadores logísticos	
Consultórios de saúde estética	
Consultórios de acupuntura	
Consultórios farmacêuticos	
Outras atividades farmacêuticas	
4.2 PROCEDIMENTOS ADOTADOS NOS AFASTAMENTOS PROVISÓRIOS	
Férias regulamentares de 30 dias	
Licença maternidade	
Licença médica superior a 30 dias	
Justificativas antecipadas de ausências nos casos de consultas, exames, licença matrimônio.	
Justificativas de ausências posteriores, com atestado médico ou odontológico, consulta e exames.	
Participação em cursos de qualificação (especialização, mestrado, doutorado, etc.) e congressos.	
Atividades administrativas e outros.	
4.3 PROCEDIMENTOS ADOTADOS NAS SITUAÇÕES ABAIXO	
Constatação de ausência do farmacêutico (DT/AT/S) na inspeção	
Constatação de atividade privativa farmacêutica por profissional não habilitado, na ausência do farmacêutico	
Estabelecimentos irregulares (perfil 5)	
Estabelecimento que funciona fora do horário declarado na Certidão De Regularidade Técnica	
Estabelecimentos ilegais	
Auto de infração à distância	
Postos de medicamentos	
4.5 METAS DA FISCALIZAÇÃO	
Número de inspeções no ano.	
Número de inspeções na capital.	
Número de inspeções no interior.	
Número de orientações feitas em inspeção.	
Número de fichas de fiscalização do exercício das atividades farmacêuticas (FFEAF) aplicadas. Descrever o que foi realizado e para quais atividades de estabelecimento, nível de complexidade da ficha, quantidade e periodicidade a ser aplicada, objetivo da aplicação, destinação das informações coletadas nas fichas aplicadas.	
Número de ações conjuntas realizadas.	
Número de ofícios enviados aos órgãos, encaminhando denúncias e situações que não são de responsabilidade do CRF.	
Número de inspeções noturnas, finais de semana e em feriados, realizadas.	
Treinamentos, cursos, e palestras de capacitação realizados aos fiscais, contendo carga horária, data e fiscais participantes.	
4.6 COMUNICAÇÕES DA FISCALIZAÇÃO REALIZADAS A PRESIDÊNCIA	
Número de ausências profissionais	

Irregularidades sanitárias	
Irregularidades éticas	
Número de processos éticos instaurados	
4.7 PARCERIAS REALIZADAS COM OUTROS ÓRGÃOS	
ANVISA	
Vigilância Sanitária	
Ministério Público	
PROCON	
Superintendência Regional do Trabalho e Emprego	
Polícia (Federal, Civil, etc.)	
Secretaria da Fazenda	
Outro	

4.8 FORMAS DE FISCALIZAÇÕES NO SETOR PÚBLICO REALIZADAS

5. ABRANGÊNCIA DA FISCALIZAÇÃO

A - NÚMEROS	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	NÚMERO DE ESTABELECIMENTO PRIVADO	NÚMERO DE ESTABELECIMENTO PÚBLICO	NÚMERO DE FARMACÊUTICOS	NÚMERO DE HABITANTES	NÚMERO DE FISCAIS
ESTADO						
CAPITAL						
REGIÃO I						
REGIÃO II						
...						

B - INDICES	SOMA DE FARMÁCIA E DROGARIA	INDICE DE FARMACÊUTICO POR ESTABELECIMENTOS	INDICE DE HABITANTE POR FARMÁCIA E DROGARIA	INDICE DE HABITANTES POR FARMACÊUTICOS	INDICE DE ESTABELECIMENTO POR FISCAL
ESTADO					
CAPITAL					
REGIÃO I					
REGIÃO II					
...					

6. DESPESAS COM A FISCALIZAÇÃO (R\$)

Combustível	
Diárias	
Salários e encargos dos fiscais e auxiliares	
Manutenção dos veículos	
Renovação ou aluguel da frota	
Serviços gráficos	
Total	

7. SISTEMÁTICA DA FISCALIZAÇÃO

Resultados dos Índices de Desempenho da Fiscalização (IDFs)	
Prioridades de fiscalização realizadas	
Proporções do número de multas aplicadas pelo Plenário, por quantidade e tipo de autuação efetuada.	
Eficácia da fiscalização exercida considerando o Plano de Fiscalização Anual vigente à época	

ANEXO V - INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E MODELO DO RELATÓRIO DE ATIVIDADE FISCAL (RAF)

DEFINIÇÕES

I - TIPOS DE ESTABELECIMENTO: atividades e ramos farmacêuticos.

FARMÁCIA SEM MANIPULAÇÃO OU DROGARIA DE PROPRIEDADE DO FARMACÊUTICO: é a farmácia de dispensação ou drogaria onde o farmacêutico é o proprietário ou coproprietário.

FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO DE PROPRIEDADE DO FARMACÊUTICO: é a farmácia com manipulação alopática e homeopática onde o farmacêutico é o proprietário ou coproprietário.

FARMÁCIA HOMEOPÁTICA DE PROPRIEDADE DO FARMACÊUTICO: é a farmácia com manipulação e/ou dispensação de medicamentos exclusivamente homeopáticos de propriedade do farmacêutico.

TOTAL DE FARMÁCIAS DE PROPRIEDADE DE FARMACÊUTICO: é o somatório de todas as farmácias ou drogarias, de propriedade do farmacêutico.

FARMÁCIA SEM MANIPULAÇÃO OU DROGARIA DE PROPRIEDADE DE NÃO FARMACÊUTICO: é a farmácia de dispensação ou drogaria onde o farmacêutico não é o proprietário ou coproprietário.

FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO DE PROPRIEDADE DE NÃO FARMACÊUTICO: é a farmácia com manipulação alopática e homeopática onde o farmacêutico não é o proprietário ou coproprietário.

FARMÁCIA HOMEOPÁTICA DE PROPRIEDADE DE NÃO FARMACÊUTICO: é a farmácia de manipulação e dispensação de medicamentos, exclusivamente, homeopáticos de propriedade não farmacêutico.

FARMÁCIA DE PROPRIEDADE DE OFICIAL DE FARMÁCIA: é a drogaria onde o RT é o oficial de farmácia provisionado ou licenciado, sendo ele o proprietário ou coproprietário.

TOTAL DE FARMÁCIAS DE PROPRIEDADE DE NÃO FARMACÊUTICOS: é a somatória de todas as farmácias e drogarias de propriedade de não farmacêuticos.

FARMÁCIA DE ÓRGÃO PÚBLICO: é a farmácia pertencente aos órgãos públicos: municipal, estadual ou federal.

TOTAL DE FARMÁCIAS: é o somatório das farmácias de propriedade de farmacêuticos, de não farmacêuticos e órgãos públicos.

FARMÁCIA HOSPITALAR PRIVADA: é a farmácia privativa destinada ao atendimento de pacientes, ou usuários de estabelecimentos hospitalares, não sendo permitido o atendimento ao público externo.

FARMÁCIA HOSPITALAR DE ÓRGÃO PÚBLICO: é a farmácia privativa destinada ao atendimento de pacientes, ou usuários de estabelecimentos públicos hospitalares, não sendo permitido o atendimento ao público externo.

FARMÁCIA EQUIVALENTE A HOSPITALAR PRIVADA: é a farmácia privativa destinada ao atendimento de pacientes ou usuários de estabelecimentos equivalentes às farmácias hospitalares privadas (radiofarmácia, nutrição parenteral, clínicas, entre outras).

FARMÁCIA EQUIVALENTE À HOSPITALAR DE ÓRGÃO PÚBLICO: é a farmácia privativa destinada ao atendimento de pacientes, ou usuários de estabelecimentos equivalentes às farmácias hospitalares públicas (radiofarmácia, nutrição parenteral, clínicas, entre outras).

TOTAL DE FARMÁCIAS HOSPITALARES: é a somatória de todas as farmácias hospitalares e as equivalentes à hospitalar, públicas ou privadas.

DISTRIBUIDORA OU CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO DE ÓRGÃO PÚBLICO: é o estabelecimento pertencente aos órgãos públicos: municipal, estadual ou federal, que exercem atividade atacadista de medicamentos, insumos e drogas, destinados ao abastecimento das farmácias públicas.

DISTRIBUIDORAS DE MEDICAMENTOS, INSUMOS E DROGAS: são empresas que exercem direta ou indiretamente o comércio atacadista de medicamentos, insumos e drogas sob a responsabilidade técnica do farmacêutico.

DISTRIBUIDORAS DE CORRELATO E PRODUTO PARA A SAÚDE: são empresas que exercem o comércio atacadista de substância, produto, aparelho ou acessório não enquadrado nos conceitos anteriores, cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, à higiene pessoal ou de ambientes, ou afins diagnósticos e analíticos, e ainda os produtos dietéticos, óticos, de acústica médica, odontológicos e veterinários.

DISTRIBUIDORA DE COSMÉTICOS E PERFUMARIA: são empresas que exercem o comércio atacadista, de produtos destinados à estética corporal e que se utilizam, quer para manter o aspecto exterior ou para tornar o corpo mais atraente e ocultar as suas imperfeições.

OUTRAS DISTRIBUIDORAS: são as distribuidoras que não se encaixam nos itens acima.

TOTAL DE DISTRIBUIDORAS: é a somatória de todas distribuidoras.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DE PROPRIEDADE DE FARMACÊUTICOS: é o laboratório que exerce as atividades de análises clínicas, sendo de propriedade de farmacêutico.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DE PROPRIEDADE DE NÃO FARMACÊUTICOS: é o laboratório que exerce as atividades de análises clínicas sendo de propriedade de não farmacêutico.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DE ÓRGÃO PÚBLICO: é o laboratório que exerce as atividades de análises clínicas, pertencente aos órgãos públicos: municipal, estadual ou federal.

TOTAL DE LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS: é a somatória de todos os laboratórios de análises clínicas.

POSTO DE COLETA: é o estabelecimento destinado à coleta de material para análise clínica laboratorial, vinculada a um laboratório de análises clínicas.

LABORATÓRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE: estabelecimento responsável pelo conjunto de medidas destinadas a garantir, a qualquer momento, a produção de lotes de medicamentos que satisfaçam às normas de atividade, pureza, eficácia e inocuidade.

OUTROS LABORATÓRIOS: são os laboratórios que não se encaixam nos itens acima (bromatológico, toxicológico, entre outros).

INDÚSTRIA DE MEDICAMENTO, INSUMO E DROGA: estabelecimento que executa qualquer operação de industrialização de drogas, medicamentos em suas embalagens originais, envolvendo todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento, incluindo a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados.

INDÚSTRIA DE CORRELATO E PRODUTOS PARA A SAÚDE: estabelecimento que produz aparelho ou acessório, cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, à higiene pessoal ou de ambientes, ou afins diagnósticos e analíticos, os cosméticos e perfumes, e ainda os produtos dietéticos, óticos, de acústica médica, odontológicos e veterinários.

INDÚSTRIAS DE COSMÉTICOS E PERFUMARIA: estabelecimentos que executem qualquer operação de industrialização cosmética, que envolve produtos destinados à estética corporal e que se utilizam quer para manter o aspecto exterior ou para tornar o corpo mais atraente e ocultar as suas imperfeições.

OUTRAS INDÚSTRIAS: são aquelas que não se encaixam nos itens acima, como de alimentos, saneantes e outras.

TOTAL DE INDÚSTRIAS: é a somatória de todas indústrias descritas acima.

IMPORTADORAS DE MEDICAMENTOS, INSUMOS E DROGAS: estabelecimentos que exercem, direta ou indiretamente, o comércio atacadista internacional (compra) de drogas, medicamentos, substâncias, insumos ou produtos sujeitos ao controle sanitário relacionados a drogas ou medicamentos.

IMPORTADORA DE CORRELATO E PRODUTO PARA A SAÚDE: estabelecimento que exerça, direta ou indiretamente, o comércio atacadista internacional (compra) de substância, produto, aparelho ou acessório, cujo uso ou

aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, à higiene pessoal ou de ambientes, ou afins diagnósticos e analíticos, e ainda os produtos dietéticos, óticos, de acústica médica, odontológicos e veterinários.

OUTRAS IMPORTADORAS: são as importadoras que não se encaixam nas descrições dos itens acima.

TOTAL DE IMPORTADORAS: é a somatória de todas as importadoras descritas acima.

OPERADOR LOGÍSTICO DE MEDICAMENTOS: estabelecimento devidamente licenciado e autorizado a prestar os serviços de transporte e/ou armazenamento de medicamentos;

OUTROS OPERADORES LOGÍSTICOS: estabelecimentos devidamente licenciado e autorizado a prestar os serviços de transporte e/ou armazenamento de produtos sujeitos à vigilância sanitária de âmbito de atuação do farmacêutico, exceto os medicamentos.

TOTAL DE OPERADORES LOGÍSTICOS: é a somatória de todos os operadores logísticos descritos acima.

TRANSPORTADORA: empresa que exerce o transporte terrestre, aéreo, ferroviário, fluvial e marítimo de drogas, medicamentos em suas embalagens originais, insumos farmacêuticos, de substância, produto, aparelho ou acessório, cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, à higiene pessoal ou de ambientes, ou afins diagnósticos e analíticos, e ainda os produtos dietéticos, óticos, de acústica médica, odontológicos e veterinários.

SERVIÇOS EM SAÚDE E ESTÉTICA: atividades voltadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação estética do indivíduo, de forma a selecionar e aplicar procedimentos e recursos estéticos, utilizando-se para isto, produtos cosméticos, técnicas e equipamentos específicos, de acordo com as características e necessidades do paciente.

CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO: para efeito dessa resolução, entende-se como sendo estabelecimento farmacêutico autônomo destinado ao atendimento de pacientes, familiares e cuidadores, onde se realiza com privacidade a consulta farmacêutica.

CONSULTÓRIO DE ACUPUNTURA: para efeito dessa resolução, entende-se como sendo estabelecimento farmacêutico autônomo destinado ao atendimento de pacientes, familiares e cuidadores, onde se realiza com privacidade atendimentos de acupuntura pelo farmacêutico habilitado na área.

POSTO DE MEDICAMENTOS: é o estabelecimento destinado, exclusivamente, à venda de medicamentos industrializados em suas embalagens originais e constantes de relação elaborada pelo órgão sanitário federal publicada na imprensa oficial, para atendimento a localidades desprovidas de farmácia ou drogaria, não cabendo seu registro no CRF, devendo, no entanto, ser mantido cadastro dos dados legais do estabelecimento.

OUTROS ESTABELECEMENTOS: empresas ou estabelecimentos que estejam sob a responsabilidade técnica de farmacêutico e que não se encaixam em qualquer categoria acima.

TOTAL DE ESTABELECEMENTOS: Somatório de todos os tipos de estabelecimentos.

II - INFORMAÇÕES DA FISCALIZAÇÃO: estabelecimentos registrados, ilegais e resultados das inspeções realizadas.

Estabelecimentos registrados: indicam o número de estabelecimentos que efetivaram seu registro no CRF.

Regulares: indicam o número de estabelecimentos registrados no CRF que possuem carga horária de assistência farmacêutica compatível com o horário de funcionamento declarado e responsabilidade/assistência técnica declarada.

Irregulares: indicam o número de estabelecimentos registrados no CRF que possuem carga horária de assistência farmacêutica incompatível com o horário de funcionamento declarado ou não possuem responsável/assistente técnica.

Total: Soma do número de estabelecimentos registrados no CRF em situação regular e irregular.

Estabelecimentos ilegais: indicam o número de estabelecimentos que não possuem registro no CRF.

Inspeções efetuadas: inspeções realizadas no mês, distribuídas por tipo de assistência farmacêutica constatada e excetuando as autuações.

Presente: indica o número de inspeções realizadas em que o farmacêutico diretor técnico ou responsável técnico, assistente técnico ou substituto estavam presentes no estabelecimento no momento da inspeção.

Ausente: indica o número de inspeções realizadas em que o farmacêutico diretor técnico ou responsável técnico, assistente técnico ou substituto estavam ausentes no estabelecimento no momento da inspeção.

Outro: indica o número de inspeções realizadas em estabelecimentos onde não foi constatada presença ou ausência do farmacêutico diretor técnico ou responsável técnico, assistente técnico ou substituto, e se enquadra em outras situações, como por exemplo, estabelecimento fechado, com prazo legal para regularização, entre outras situações que não geram autuação.

Total: somatório das inspeções efetuadas com constatação de presença, ausência e outras situações.

Autos de Infração lavrados para estabelecimentos: número de autuações lavradas por motivo de irregularidade constatada.

Sem farmacêutico responsável ou assistente técnico: indica o número de autos de infração lavrados no estabelecimento que não possui responsável ou assistente técnico.

Funcionamento divergente do horário declarado em Certidão de Regularidade (CR): indica o número de autos de infrações lavrados nos estabelecimentos que não possuem registro de farmacêuticos durante todo o horário de funcionamento.

Atividade privativa exercida por leigo na ausência do farmacêutico: indica o número de autos de infração lavrados nos estabelecimentos onde o farmacêutico está ausente e se constata atividade privativa do farmacêutico exercida por leigo.

Estabelecimento sem registro: indica o número de autos de infração lavrados em estabelecimentos que não possuem registro no CRF (ilegais).

Farmacêutico ausente: indica o número de autos de infração lavrados em estabelecimentos cujo farmacêutico responsável ou assistente técnico ou substituto estava ausente no estabelecimento no momento da inspeção.

Total: trata-se do número de autos de infração lavrados para os estabelecimentos no mês.

III - Dados do CRF

Farmacêuticos: indica o número de farmacêuticos inscritos no CRF.

Profissionais provisionados ou licenciados: indica o número de profissionais provisionados ou licenciados inscritos no CRF.

Técnicos de laboratórios: indica o número de técnicos de laboratório inscritos no CRF.

Número de estabelecimento no Estado: somatória de estabelecimentos no estado.

Número de estabelecimento na capital: somatória de estabelecimentos na capital do estado.

Número de estabelecimento no interior: somatória de estabelecimentos no interior do estado.

Número de municípios existentes no estado: trata-se do número de municípios existentes no estado.

Número de municípios visitados no mês: trata-se do número de municípios inspecionados no mês.

Número de fiscais em atividade: indica o número de fiscais que estão em atividade externa de fiscalização no referido mês.

Média de estabelecimentos por fiscal: indica o número de estabelecimentos, incluindo os registrados e ilegais, dividido pelo número de fiscais em atividade de fiscalização no mês.

Índice de Desempenho da Fiscalização (IDF): é o resultado obtido pela divisão do número de inspeções realizadas no mês pelo número de dias úteis em atividade externa, e ainda pelo número de fiscais em atividade de fiscalização.

Número de Fichas de Fiscalização do Exercício das Atividades Farmacêuticas (FFEAF) aplicadas: número de formulários preenchidos pelo fiscal durante a inspeção para fiscalização do exercício ético-profissional, no mês.

Número de ações conjuntas com outros órgãos: número de inspeção do CRF em conjunto com outros órgãos.

Número de inspeções noturnas: inspeções realizadas no período das 18h às 6h.

Número de inspeções em finais de semana e feriados: inspeções realizadas aos sábados, domingos e feriados.

Número de denúncias recebidas pelo CRF: número de denúncias recebidas pelo regional no mês.

Número de denúncias apuradas: número de inspeções realizadas para apurar denúncias, no mês.

Número de ofícios enviados aos órgãos: ofícios enviados aos órgãos com encaminhamentos de denúncias ou situações que não são de responsabilidade de apuração do CRF.

Número de comunicados ético-disciplinares encaminhados ao Presidente do CRF, pelo setor de fiscalização: indica o número de situações encaminhadas pela fiscalização para avaliação da Presidência.

Número de processos disciplinares instaurados: indica o número de processos disciplinares instaurados.

Conselho Federal de Farmácia													
Conselho Regional de Farmácia do (Estado) (mês/ano)													
- TIPO DE ESTABELECIMENTO	II - INFORMAÇÕES DA FISCALIZAÇÃO												
	Estabelecimentos			Inspeções efetuadas					Autos de infração lavrados para estabelecimentos				
	Registradas		Total	Sem registro	Assistência Farmacêutica constatada				Motivo da autuação				
	Regular	Irregular			Presente	Ausente	Outro	Total	Sem farmacêutico responsável ou assistente técnico	Funcionamento divergente do horário declarado em CR	Atividade privada desenvolvida por lei na ausência do farmacêutico	Sem registro	Farmacêutico ausente
FARMÁCIA SEM MANIPULAÇÃO OU DROGARIA DE PROPRIEDADE DE FARMACÊUTICO													
FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO DE PROPRIEDADE DE FARMACÊUTICO													
FARMÁCIA HOMEOPÁTICA DE PROPRIEDADE DE FARMACÊUTICO													
TOTAL DE FARMÁCIAS DE PROPRIEDADE DE FARMACÊUTICO													
FARMÁCIA SEM MANIPULAÇÃO OU DROGARIA DE PROPRIEDADE DE NÃO FARMACÊUTICO													
FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO DE PROPRIEDADE DE NÃO FARMACÊUTICO													
FARMÁCIA HOMEOPÁTICA DE PROPRIEDADE DE NÃO FARMACÊUTICO													
FARMÁCIA OU DROGARIA DE PROPRIEDADE DE OFICIAL DE FARMÁCIA													
TOTAL DE FARMÁCIAS DE PROPRIEDADE DE NÃO FARMACÊUTICO													
FARMÁCIA DE ÓRGÃO PÚBLICO													
TOTAL DE FARMÁCIAS													
FARMÁCIA HOSPITALAR PRIVADA													
FARMÁCIA HOSPITALAR DE ÓRGÃO PÚBLICO													
FARMÁCIA SIMILAR À HOSPITALAR PRIVADA													
FARMÁCIA SIMILAR À HOSPITALAR DE ÓRGÃO PÚBLICO													
TOTAL DE FARMÁCIAS HOSPITALARES													
DISTRIBUIDORA OU CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO DE ÓRGÃO PÚBLICO													
DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTO, INSUMO E DROGA PRIVADAS													
DISTRIBUIDORA DE CORRELATO E PRODUTO PARA A SAÚDE													
DISTRIBUIDORA DE COSMÉTICOS E PERFUMARIA													
OUTRAS DISTRIBUIDORAS													
TOTAL DE DISTRIBUIDORAS													
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DE FARMACÊUTICO													
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DE NÃO FARMACÊUTICO													
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DE ÓRGÃO PÚBLICO													
TOTAL DE LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS													
POSTO DE COLETA													
LABORATÓRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE													
OUTROS LABORATÓRIOS													
INDÚSTRIA DE MEDICAMENTO, INSUMO E DROGA													
INDÚSTRIA DE CORRELATO E PRODUTO PARA A SAÚDE													
INDÚSTRIA DE COSMÉTICO E PERFUMARIA													
OUTRAS INDÚSTRIAS													
TOTAL DE INDÚSTRIAS													
IMPORTADORA DE MEDICAMENTO, INSUMO E DROGA													
IMPORTADORA DE CORRELATO E PRODUTO PARA SAÚDE													
OUTRAS IMPORTADORAS													
TOTAL DE IMPORTADORAS													
OPERADORES LOGÍSTICOS DE MEDICAMENTOS													
OUTROS OPERADORES LOGÍSTICOS													
TOTAL DE OPERADORES LOGÍSTICOS													
TRANSPORTADORA													
SERVIÇO EM SAÚDE ESTÉTICA													
CONSULTÓRIO DE ACUPUNTURA													
CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO													
POSTO DE MEDICAMENTO													
OUTROS ESTABELECIMENTOS													
SUBTOTAL DE ESTABELECIMENTOS													
TOTAIS													
III - DADOS DO CRF			TOTAL										TOTAL
FARMACÊUTICOS													
PROFISSIONAIS PROVISIONADOS OU LICENCIADOS													
TÉCNICOS DE LABORATÓRIO													
NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS NO ESTADO													
NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS NA CAPITAL													
NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS NO INTERIOR													
NÚMERO DE MUNICÍPIOS EXISTENTE NO ESTADO													
NÚMERO DE MUNICÍPIOS VISITADOS NO MÊS													
NÚMERO DE FISCAS EM ATIVIDADE													
EDIA DE ESTABELECIMENTO POR FISCAL													
ÍNDICE DE DESEMPENHO DA FISCALIZAÇÃO (IDF)													
NÚMERO DE FFEAF APLICADAS													
NÚMERO DE AÇÕES CONJUNTAS COM OUTROS ÓRGÃOS													
NÚMERO DE INSPEÇÕES NOTURNAS													
NÚMERO DE INSPEÇÕES EM FINEIS DE SEMANA E FERIADOS													
NÚMERO DE DENÚNCIAS RECEBIDAS PELO CRF													
NÚMERO DE DENÚNCIAS APURADAS													
NÚMERO DE OFÍCIOS ENVIADOS AOS ÓRGÃOS													
NÚMERO DE COMUNICADOS ÉTICO-DISCIPLINARES ENCAMINHADAS AO PRESIDENTE DO CRF, PELO SETOR DE FISCALIZAÇÃO													
NÚMERO DE PROCESSOS DISCIPLINARES INSTAURADOS													

ANEXO VI - PROPOSTA DE FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM FARMÁCIA SEM MANIPULAÇÃO OU DROGARIA

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO (ESTADO)			
FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM FARMÁCIA SEM MANIPULAÇÃO OU DROGARIA			
Termo de Inspeção nº:		CRF-XX nº:	
Razão Social:		CRF-XX nº:	
Farmacêutico:		CRF-XX nº:	
CONDIÇÕES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Possui Certidão de Regularidade atualizada, visível na área pública da farmácia?			
Possui Manual de Boas Práticas Farmacêuticas conforme critérios estabelecidos pela Resolução nº 357/01 do CFF?			
Possui a Autorização de Funcionamento (AFE) da Anvisa?			
O estabelecimento dispensa medicamentos termolábeis?			
Os medicamentos são armazenados adequadamente?			
Possui procedimentos para gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde?			
Possui procedimentos relacionados à logística reversa, conforme Decreto Federal nº 10.388/2020?			
Realiza dispensação de medicamentos de controle especial?			
Quanto à escrituração, a transmissão das movimentações ocorre de acordo com a legislação vigente?			
Responsável pela transmissão dos medicamentos controlados/antimicrobianos (descrever):			
Os medicamentos controlados pertencentes à Portaria nº 344/98 SVS-MS estão armazenados em local exclusivo para este fim, guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança?			
Oferece serviços farmacêuticos?			
O farmacêutico possui procedimento que garante que os serviços realizados estão de acordo com legislação sanitária e profissional?			
O farmacêutico efetua treinamento da sua equipe sobre os POPs, registrando-os?			
O farmacêutico realiza farmacovigilância, conforme Lei Federal 13021/14?			
O farmacêutico realiza acompanhamento farmacoterapêutico?			
O farmacêutico presta orientação necessária aos pacientes visando o uso racional dos medicamentos?			
Possui sala de atendimento farmacêutico?			
Possui sala de aplicação de injetáveis?			
São realizados serviços de vacinação?			
Observações:			
Recebido por (nome):			
Função:			
Assinatura:			
Fiscal:			
Assinatura:			

ANEXO VII - PROPOSTA DE FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO (ESTADO) FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO				
Termo de Inspeção nº: _____				
Razão Social: _____		CRF-XX nº: _____		
Farmacêutico: _____		CRF-XX nº: _____		
CONDIÇÕES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL		SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Possui Certidão de Regularidade atualizada, visível na área pública da farmácia?				
Tipos de manipulação realizada: () alopática () uso interno () uso externo () homeopatia () outros. Especificar: _____				
Possui laboratório(s) de manipulação em condições adequadas, e equipamentos mínimos necessários à manipulação conforme art. 1º, Inciso III da Res. CFF nº 467/07?				
Foi verificado ordem de manipulação (OM) em que os cálculos de correção em insumos utilizados nas preparações farmacêuticas obedecem aos critérios da Res nº 625/16 do CFF?				
Possui Manual de Boas Práticas Farmacêuticas conforme critérios estabelecidos pela Resolução nº 357/01 do CFF?				
Possui a Autorização de Funcionamento (AFE) da Anvisa?				
Dispensa medicamentos/ produtos industrializados?				
O estabelecimento dispensa medicamentos termossensíveis?				
Os medicamentos são armazenados adequadamente?				
Possui procedimentos para gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde?				
Possui procedimentos relacionados à logística reversa, conforme Decreto Federal nº 10.388/2020?				
Realiza dispensação de medicamentos de controle especial?				
Realiza manipulação de medicamentos de controle especial?				
Possui Autorização Especial da Anvisa?				
Quanto à escrituração, a transmissão das movimentações ocorre de acordo com a legislação vigente?				
Responsável pela transmissão dos medicamentos controlados/antimicrobianos (descrever): _____				
Os medicamentos controlados pertencentes à Portaria nº 344/98 SVS-MS estão armazenados em local exclusivo para este fim, guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança?				
Oferece serviços farmacêuticos?				
O farmacêutico possui procedimento que garante que os serviços realizados estão de acordo com legislação sanitária e profissional?				
O farmacêutico efetua treinamento da sua equipe sobre os POPs, registrando-os?				
O farmacêutico realiza farmacovigilância, conforme Lei Federal 13021/14?				
O farmacêutico realiza acompanhamento farmacoterapêutico?				
O farmacêutico presta orientação necessária aos pacientes visando o uso racional dos medicamentos?				
Possui sala para atendimento farmacêutico?				
Realiza controle de qualidade dos insumos?				
Realiza controles de processos magistrais?				
Realiza terceirização de algum tipo de análise?				
Observações: _____				
Recebido por (nome): _____				
Função: _____				
Assinatura: _____				
Fiscal: _____				
Assinatura: _____				

ANEXO VIII - PROPOSTA DE FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM FARMÁCIA HOSPITALAR

ANEXO IX - PROPOSTA DE FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM FARMÁCIA PÚBLICA

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO (ESTADO) FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM FARMÁCIA PÚBLICA				
Termo de Inspeção nº:				
Razão Social:	CRF-XX nº:			
Farmacêutico:	CRF-XX nº:			
Localização da farmácia:				
() Unidade Básica da Saúde () Pronto Atendimento () ESF () CAPS				
() Outros:				
CONDIÇÕES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL		SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Possui Certidão de Regularidade atualizada?				
A farmácia está localizada em espaço físico adequado para o armazenamento dos medicamentos?				
Fornecer quais tipos de medicamentos?				
Os medicamentos são dispensados somente com a apresentação de receituário médico?				
Média de receitas atendidas por dia:				
Realiza o fracionamento de medicamentos?				
É realizado de maneira adequada conforme a RDC nº 67/07 anexo VI?				
Caso dispense medicamentos controlados, eles ficam armazenados em conformidade com a Portaria SVS/MS 344/98?				
Possui os registros de controle de estoque conforme a Portaria 344/98?				
Quem realiza o controle?				
Os receituários/notificações de receitas encontram-se preenchidas conforme exige a Portaria SVS/MS 344/98?				
Caso dispense medicamentos termolábeis, eles ficam armazenados sob refrigeração?				
Possui refrigerador exclusivo para medicamentos localizado dentro da farmácia?				
Realiza o controle de temperatura e mantém registros desse controle?				
Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde?				
O farmacêutico realiza orientações farmacológicas a grupos de usuários?				
Participa das revisões periódicas da REMUME?				
Observações:				
Recebido por (nome):				
Função:				
Assinatura:				
Fiscal:				
Assinatura:				

ANEXO X - PROPOSTA DE FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM DISTRIBUIDOR, ARMAZENADOR, IMPORTADOR E EXPORTADOR

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO (ESTADO)			
FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM DISTRIBUIDOR, ARMAZENADOR, IMPORTADOR E EXPORTADOR			
Termo de Inspeção nº:			
Razão Social:		CRF-XX nº:	
Farmacêutico:		CRF-XX nº:	
Tipo de estabelecimento () Distribuidora () Importadora () Armazenadores () Exportadora			
CONDIÇÕES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL		SIM	NÃO
Possui Certidão de Regularidade atualizada?			NÃO SE APLICA
Qual(ais) a(s) classe(s) do(s) produto(s)?			
Caso distribua outros produtos além dos medicamentos, os mesmos são armazenados em locais distintos?			
As condições de armazenagem dos insumos e / ou outros produtos são adequadas?			
Autorização Especial para insumos da Portaria 344/98? Número e ano.			
Possui Autorização de Funcionamento da Polícia Federal?			
Possui Autorização de Funcionamento da Polícia Civil?			
Possui Autorização do Ministério do Exército?			
Possui Certificado de higienização/desratização da empresa e dos veículos			
Descrever empresa (Razão social, CNPJ, responsável técnico)?			
A empresa terceiriza a atividade de armazenagem?			
Existe contrato de terceirização?			
A empresa contratada está devidamente licenciada?			
Existe Área de Fracionamento?			
Caso fracione, possui salas de fracionamento específicas para cada classe de insumos?			
Possui registros de limpeza da sala de fracionamento?			
Existe sistema de exaustão?			
Distribui medicamentos de controle especial?			
Caso distribua, possui Autorização Especial expedida pelo Ministério da Saúde?			
A empresa possui controle de entrada e saída de produtos controlados?			
Os medicamentos controlados estão armazenados em conformidade com a Port. SVS/MS nº 344/98?			
Responsável pela guarda dos medicamentos da Portaria SVS/MS nº 344/98 (descrever nome e função)			
Possui Laboratório de controle de qualidade?			
Realiza transporte com terceiros?			
O farmacêutico executa treinamento com a equipe de trabalho?			
Atualiza os procedimentos operacionais?			
Realiza auto inspeção na empresa?			
Acompanha as ocorrências (Ex: avarias, extravios, devoluções)?			
Observações:			
Recebido por (nome):			
Função:			
Assinatura:			
Fiscal:			
Assinatura:			

ANEXO XI - PROPOSTA DE FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM LABORATÓRIO DE ANÁLISES

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO (ESTADO) FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM LABORATÓRIO DE ANÁLISES				
Termo de Inspeção nº:				
Razão Social:	CRF-XX nº:			
Farmacêutico:	CRF-XX nº:			
Tipo de laboratório: () Análises clínicas () Análises Toxicológicas () Análises Químicas () Posto de coleta () Análise Bromatológica () Controle de Qualidade				
CONDIÇÕES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL		SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Possui postos de coleta?				
Possui Procedimento Operacional Padrão (POP)?				
Quantos Auxiliares Técnicos de Laboratório trabalham no local?				
Estão inscritos no CRF?				
Há treinamento periódico para os funcionários?				
Possui recipiente apropriado para o descarte do material contaminado?				
Possui condições sanitárias adequadas?				
Há condições adequadas de iluminação, temperatura, umidade e ventilação?				
As áreas técnicas são devidamente segregadas?				
O laboratório documenta suas políticas, sistemas, programas, procedimentos e instruções de controle de qualidade, de forma ordenada, atualizada e aprovada pelo responsável técnico?				
Realiza análises para outros laboratórios/empresas ou possui subcontratação de serviços?				
Os laudos das análises e os dados são arquivados e facilmente recuperáveis, de forma a garantir a sua rastreabilidade?				
Os equipamentos e instrumentos são inequivocamente identificados, calibrados e qualificados periodicamente?				
Há controle e registro semanais de eficiência da autoclave?				
Há registro diário de temperatura das estufas e geladeiras?				
Possui convênio com programa de controle de qualidade?				
Possui procedimentos adequados para manuseio, transporte, armazenamento, preparação e descarte de amostras?				
Utiliza métodos provenientes de fonte oficial ou de compêndios reconhecidos pela Anvisa?				
Os métodos desenvolvidos ou modificados pelo laboratório são validados?				
Os reagentes, solventes e materiais utilizados nas análises estão identificados e dentro do prazo de validade?				
O laboratório disponibiliza EPIs e EPCs?				
Trabalha com material descartável?				
Existem instruções de biossegurança?				
O estabelecimento possui plano de gerenciamento de resíduos e efluentes?				
Os resíduos perfuro cortantes são acondicionados em recipientes próprios para acondicionamento e identificados?				
Os resíduos de procedimentos com material biologicamente infectante são acondicionados em recipientes apropriados (saco branco leitoso)?				
Relação dos farmacêuticos que trabalham no laboratório, além do RT (nome, CRF e atividades que exercem).				
Observações:				
Recebido por (nome):				
Função:				
Assinatura:				
Fiscal:				
Assinatura:				

ANEXO XII - PROPOSTA DE FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM INDÚSTRIA

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO (ESTADO)				
FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM INDÚSTRIA				
Termo de Inspeção nº:				
Razão Social:		CRF-XX nº:		
Farmacêutico:		CRF-XX nº:		
Tipo de Indústria: () Medicamentos () Domissanitários () Alimentos () Outros				
CONDIÇÕES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL		SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
A empresa possui setor para farmacovigilância, de acordo com a legislação vigente?				
Possui Autorização de Funcionamento (AFE) da Anvisa: (ano/nº)				
Produz medicamentos sob regime especial de controle (Portaria SVS/MS n.º 344/98)?				
Possui Autorização Especial da Anvisa a para produzir medicamentos sob regime especial de controle: (ano/nº)				
Existe Manual da Qualidade a disposição dos colaboradores?				
Utiliza algum serviço terceirizado ou é terceirizadora?				
Qual serviço? (produção, controle de qualidade, embalagem, distribuição, outro)				
Quais produtos são fabricados pela empresa?				
Quais transportadoras prestam serviços para a empresa?				
Anexar organograma da empresa.				
Relação de farmacêuticos que atuam na empresa (nome, CRF, função e horário de assistência):				
Responsáveis pelas áreas (nome, CRF, cargo):				
Produção (Decreto n.º 85.878/81):				
Controle de Qualidade (Decreto n.º 85.878/81):				
Garantia de Qualidade:				
Desenvolvimento:				
Registro e Assuntos Regulatórios:				
Pesquisa Clínica:				
Observações:				
Recebido por (nome):				
Função:				
Assinatura:				
Fiscal:				
Assinatura:				

ANEXO XIII- PROPOSTA DE FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM SAÚDE ESTÉTICA

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO (ESTADO)				
FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM SAÚDE ESTÉTICA				
Termo de Inspeção nº:				
Razão Social:		CRF-XX nº:		
Farmacêutico:		CRF-XX nº:		
CONDIÇÕES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL		SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
As instalações possuem condições satisfatórias de dimensão e organização, considerando os procedimentos realizados?				
A estrutura do estabelecimento permite a privacidade para realização dos atendimentos de natureza estética?				
As condições de limpeza do estabelecimento são adequadas?				
Possui procedimentos para gerenciamento de resíduos conforme determina a Res nº 415/04?				
Os produtos utilizados nas técnicas de natureza estética estão devidamente regularizados junto ao órgão competente?				
Descrever a forma de aquisição de tais produtos:				
Possui procedimento para verificação periódica da validade de produtos utilizados?				
Os produtos utilizados estão devidamente armazenados conforme descreve as especificações técnicas do fabricante?				
Possui Procedimentos Operacionais Padrão (POP) relativos às técnicas?				
Foi verificado registro atualizado de calibração de equipamentos utilizados nas técnicas de natureza estética?				
São utilizados equipamentos de proteção individual durante a realização das técnicas?				
O farmacêutico possui registro/prontuários de pacientes atendidos no serviço?				
O acesso às informações resultantes da prática clínica é restrito?				
O farmacêutico, no contexto de suas atribuições clínicas, realiza a prescrição farmacêutica, conforme critérios preconizados pela Resolução nº 586/13 do CFF?				
O estabelecimento possui:				
() sanitários () laboratório () maca para realizar procedimentos () sala de recepção				
() local para arquivo de documentos () local para guarda de materiais de limpeza				
Nome e inscrição dos profissionais que atuam na saúde estética:				
Observações:				
Recebido por (nome):				
Função:				
Assinatura:				
Fiscal:				
Assinatura:				

ANEXO XIV - PROPOSTA DE FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM RADIOFARMÁCIA

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO (ESTADO)				
FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM RADIOFARMÁCIA				
Termo de Inspeção nº:		CRF-XX nº:		
Razão Social:		CRF-XX nº:		
Farmacêutico:		CRF-XX nº:		
CONDIÇÕES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL		SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Possui licença sanitária para Radiofarmácia?				
Possui Autorização de Operação emitida pela CNEN?				
O farmacêutico possui procedimento que contemple a higienização pessoal e paramentação com os EPIs necessários?				
O farmacêutico mantém no estabelecimento Manual de Boas Práticas e/ou POPs disponível?				
O farmacêutico efetua treinamento da sua equipe?				
Quais radiofármacos são preparados na farmácia?				
Há área classificada ou Câmara de Segurança Biológica (CSB) no local destinado ao fracionamento e manipulação das doses?				
Possui área para controle de qualidade, em local diverso da sala de manipulação?				
Possui sistema de controle dos casos de reação adversa com radiofármacos?				
Observações:				
Recebido por (nome):				
Função:				
Assinatura:				
Fiscal:				
Assinatura:				

ANEXO XV - PROPOSTA DE FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO (ESTADO)				
FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO				
Termo de Inspeção nº:		CRF-XX nº:		
Razão Social:		CRF-XX nº:		
Farmacêutico:		CRF-XX nº:		
Tipo de consultório: () Isolado () Dentro de estabelecimento de saúde () Outro				
CONDIÇÕES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL		SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Realiza Práticas Integrativas complementares?				
Quais? () Acupuntura () Antroposofia () Floriterapia () Outras. Descrever:				
Possui as especializações averbadas junto ao CRF?				
Faz a anamnese farmacêutica?				
Realizar a prescrição de medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica?				
Quais serviços farmacêuticos são realizados?				
Existe registro destes serviços realizados?				
Observações:				
Recebido por (nome):				
Função:				
Assinatura:				
Fiscal:				
Assinatura:				

ANEXO XVI - PROPOSTA DE FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS EM SERVIÇOS DE VACINA

ANEXO XVII - PROPOSTA DE FORMULÁRIO DE ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO (ESTADO)
Formulário de Orientação Farmacêutica (OF)

Assunto: _____

Razão Social: _____ N^o registro no CRF: _____

Farmacêutico (a) orientado (a): _____ N^o registro no CRF: _____

Data: ____/____/____ Termo de Inspeção n^o: _____

Nessa data o (a) profissional acima mencionado (a) foi orientado (a) sobre a legislação que abaixo segue, tendo em vista
descrever o motivo que levou à orientação _____

Inserir orientações para ajustar os procedimentos técnicos e profissionais de forma a atender às determinações da legislação vigente.

Lei n^o 3.820, de 11 de novembro de 1960 – Cria o Conselho Federal de os Conselhos Regionais de Farmácia e dá outras providências.

Código de ética da profissão farmacêutica vigente – Dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares.

Anexo I – Código de Ética Farmacêutica

Inserir os artigos e incisos aplicáveis ao motivo da convocação.

Inserir outras normas aplicáveis ao caso (normas sanitárias e profissionais de acordo com o ramo praticado pela empresa (ex: drogaria e farmácia, inserir a Lei n^o 13.021/2014, etc).

O(a) profissional foi orientado(a) a regularizar a situação e se compromete a adotar providências para que a irregularidade não volte a ocorrer.

Farmacêutico (a) Orientado (a)

Farmacêutico (a) Fiscal do CRF

ANEXO XVIII- PROPOSTA PARA DECLARAÇÃO DE OUTRAS
ATIVIDADES DE FARMACÊUTICO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO (ESTADO)

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado XXXXX - CRF- XX

Dados do PROFISSIONAL:

Nome:		Nº CRF:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fone: ()	Cel ()	E-mail:	

Dados do ESTABELECIMENTO:

Razão Social:		Nº CRF:	
Nome Fantasia:		Ramo de Atividade:	
CNPJ:			
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	
Cep:	Fone: ()	E-mail:	
Função exercida:			

HORÁRIO DE TRABALHO

() DECLARO para os devidos fins que possuo vínculo com o estabelecimento ou Instituição de Ensino acima desde ____/____/____, de acordo com os horários abaixo:

	Entrada	Saída	1º Intervalo		2º Intervalo	
SEGUNDA						
TERÇA						
QUARTA						
QUINTA						
SEXTA						
SÁBADO						
DOMINGO						

Observações:

() DECLARO para os devidos fins que possuo vínculo com o estabelecimento acima desde (DATA) sem horário fixo.

Tenho ciência do disposto nos artigos 10 e 19 da Resolução do CFF 596/2014 Anexo I (Código de Ética):

Artigo 10 - O farmacêutico deve cumprir as disposições legais e regulamentares que regem a prática profissional no país, sob pena de aplicação de sanções disciplinares e éticas por este regulamento.

Artigo 19 - O farmacêutico, no exercício profissional, é obrigado a informar por escrito ao respectivo Conselho Regional sobre todos os seus vínculos, com dados completos da empresa (razão social, nome(s) do(s) sócio(s), Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – C.N.P.J., endereço, horários de funcionamento, de responsabilidade técnica – RT), mantendo atualizados os seus endereços residencial e eletrônico, os horários de responsabilidade técnica ou de substituição, bem como sobre qualquer outra atividade profissional que exerça, com seus respectivos horários e atribuições.

Município, data.

Assinatura do profissional.

ANEXO XIX - FORMULÁRIO PADRÃO PARA SOLICITAÇÃO DE
RESPONSABILIDADE TÉCNICA E TERMO DE COMPROMISSO DO PROFISSIONAL
E DO ESTABELECIMENTO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO (ESTADO)

REQUERIMENTO DE:

Assunção de Responsabilidade Técnica
 Assunção de Farmacêutico Substituto

Alteração de Horário
 Renovação de Certidão de Regularidade

Dados do ESTABELECIMENTO:

Razão Social:		Nº CRF-PJ:	
Nome Fantasia:		CNPJ:	
Ramo de Atividade:			
Endereço:			
		Nº	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone:	Cel.:	E-mail:

Se Farmácia, manipula: () Alopátia () Homeopatia

Caso o estabelecimento manipule apenas alopátia e passe a manipular fórmulas homeopáticas, o (s) farmacêutico (s) e representante legal abaixo assinado comprometem-se a comunicar ao CRF-xx, bem como comprovar a especialização do profissional de acordo com as Resoluções do CFF.

Dados do PROFISSIONAL:

Nome:		Nº CRF-PF:	
Endereço:		Nº	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fone:	Cel.:	E-mail:	

Declaração de HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA pelo estabelecimento acima descrito.

	Horário de Abertura	Horário de intervalo	Horário de Fechamento		Entrada	Saída	1º Intervalo	2º Intervalo
SEGUNDA				SEGUNDA				
TERÇA				TERÇA				
QUARTA				QUARTA				
QUINTA				QUINTA				
SEXTA				SEXTA				
SÁBADO				SÁBADO				
DOMINGO				DOMINGO				

OBS:

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado de xxxxx e no cumprimento do dever profissional, DECLARO que prestarei efetiva assistência técnica ao estabelecimento de saúde acima no horário declarado, do qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF-xx de acordo com o que dispõe as Leis 3.820/60, 5.991/73 e 13.021/2014, Decretos 74.170/74 e 85.878/81, além do Código de Ética da Profissão Farmacêutica e fico ciente de que incorrerei em infração aos diplomas citados se não prestar assistência ao estabelecimento no horário previsto neste termo. DECLARO ainda que tenho ciência que havendo afastamento definitivo da presente responsabilidade técnica, a baixa só se concretizará mediante protocolo neste regional, que informarei ao CRF-xx, quaisquer alterações em meu horário de assistência e/ou da declaração de vínculos profissionais. O representante legal, abaixo assinado, DECLARA ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-se-á à ação criminal pelo cometimento do crime de "falsidade ideológica" prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileiro. Assim, nos termos da Lei 3.820/60 e das Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, comparecem a este ato de homologação de Responsabilidade Técnica junto ao CRF-xx, os abaixo assinados:

Município, data.

Assinatura do Farmacêutico
Assinatura do Representante Legal

ANEXO XX - FORMULÁRIO PARA DECLARAÇÃO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Ao CRF-XX,

Eu (nome), inscrito(a) neste CRF sob o número (número), comunico que a partir de (data) deixo de exercer a função de responsável/assistente técnico pelo estabelecimento (razão social, CNPJ, registro no CRF), recolhendo a Certidão de

Regularidade para providências cabíveis.

Observação:

Assinatura de Farmacêutico