



FICHA DE VERIFICAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM FARMÁCIA PÚBLICA

**I – Estabelecimento:**

01. Nome Fantasia:		02. Termo de Visita Nº:	
03. Razão Social:		04. Município:	
Obs.: Os dados coletados nesta ficha refletem o momento da inspeção.		Data: ___/___/___	Hora: ___

**II – Farmacêutico (s) Responsável (s):**

01. Diretor Técnico:		CRF/GO:	
02. Assistente Técnico:		CRF/GO:	

**III – Verificação de Documentos Imprescindíveis:**

01. Certidão de Regularidade Técnica (CRT) atualizada? (Res. 494/08 CFF)	( )Sim	( )Não
02. Alvará de Licença da Vigilância Sanitária Estadual/Municipal atualizada?	( )Sim	( )Não

**IV – Tipo de Unidade:**

01. ( ) Dispensação/Distribuição	02. ( ) Central de Abastecimento
----------------------------------	----------------------------------

**V – Verificação das Condições do Exercício Profissional:**

01. A Certidão de Regularidade está em local visível?	( )Sim	( )Não
02. Apresentou Plano de Gerenciamento de Resíduos?	( )Sim	( )Não
03. Trabalha com Medicamentos da Portaria 344/98?	( )Sim	( )Não
04. Utiliza o SNGPC?	( )Sim	( )Não
05. Os lançamentos estão atualizados?	( )Sim	( )Não
06. Os medicamentos controlados estão armazenados conforme a Portaria 344/98?	( )Sim	( )Não
07. A guarda desses medicamentos está sob a responsabilidade do RT?	( )Sim	( )Não
08. Possui POP-Procedimento Operacional Padrão?	( )Sim	( )Não
09. Há treinamento periódico para os subordinados?	( )Sim	( )Não
10. Há registro dos Treinamentos?	( )Sim	( )Não
11. Ambiente Climatizado?	( )Sim	( )Não
12. Temperatura Controlada?	( )Sim	( )Não
13. Tem Registros/Controles?	( )Sim	( )Não
14. Esta unidade de dispensação fraciona medicamentos?	( )Sim	( )Não
15. Os medicamentos dispensados são acompanhadas por bula?	( )Sim	( )Não
16. Por amostragem, foi encontrado produtos com validade expirada?	( )Sim	( )Não
	ARQUIVAR FVEP?	( )Sim ( )Não

**V – Assinaturas/Carimbos:**

01. Farmacêutico (a):	
02. Farmacêutico (a) Fiscal:	