

ANEXO VIII

TERMO DE FISCALIZAÇÃO (IMPLANTA)



CONSELHO
FEDERAL DE
ODONTOLOGIA



CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO _____

TERMO DE FISCALIZAÇÃO

Nº _____

1 - IDENTIFICAÇÃO

Pessoa Física: Pessoa Jurídica (EPAO): () Unidade Móvel
 () CD () Clínica odontológica privada () Instituição de ensino
 () TPD () Serviço odontológico público (municipal, () Clínica Radiológica
 () TSB estadual ou federal) () Laboratório de Prótese
 () APD () Planos Odontológicos () Entidade Filantrópica/sem fins
 () ASB () Estabelecimentos Hospitalares lucrativos

Possui Inscrição: () Sim - Número da Inscrição: _____ () Não

Nome/Razão Social: _____

Endereço Completo: _____

E-mail: _____

Telefone fixo: _____ Telefone celular: _____

Redes sociais: _____

2 - TIPO DE FISCALIZAÇÃO

() Demanda Proativa () Demanda Reativa

3 - IRREGULARIDADES

Indícios de irregularidades: () Sim () Não

Tipos de irregularidades:

() PF / PJ sem inscrição () Exercício irregular
 () PJ sem Responsável Técnico () Exercício ilegal
 () Ausência de identificação na comunicação e divulgação () Acobertamento de exercício ilegal
 () Divulgar especialidade sem registro no CFO () Outro (descrito no campo abaixo)
 () Anúncio, propaganda e publicidade irregular

4 - OUTRAS INFORMAÇÕES

Observações: _____

5 - PRAZO

Prazos para regularização: () 15 dias () 30 dias () 60 dias

(_____ LOCAL) (_____ de _____ de _____) (_____ h _____)
 (_____ DATA) (_____ HORÁRIO)

Fiscal

Nome legível do Fiscalizado ou Representante

Assinatura

Assinatura

Este Termo de Fiscalização vale como NOTIFICAÇÃO, caso seja apontado indícios de irregularidade(s), devendo o responsável cumprir os prazos determinados acima, sob pena de ser instaurado processo ético.

1ª Via Branca: CFO- 2ª Via Rosa: FISCALIZADO 3ª Via Azul: BLOCO