

## TERMO DE FISCALIZAÇÃO

Nº \_\_\_\_\_

## 1 - IDENTIFICAÇÃO

Pessoa Física: Pessoa Jurídica (EPAO):

|                              |                                                                                        |                                                                    |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CD  | <input type="checkbox"/> Clínica odontológica privada                                  | <input type="checkbox"/> Unidade Móvel                             |
| <input type="checkbox"/> TPD | <input type="checkbox"/> Serviço odontológico público (municipal, estadual ou federal) | <input type="checkbox"/> Instituição de ensino                     |
| <input type="checkbox"/> TSB | <input type="checkbox"/> Planos Odontológicos                                          | <input type="checkbox"/> Clínica Radiológica                       |
| <input type="checkbox"/> APD | <input type="checkbox"/> Estabelecimentos Hospitalares                                 | <input type="checkbox"/> Laboratório de Prótese                    |
| <input type="checkbox"/> ASB |                                                                                        | <input type="checkbox"/> Entidade Filantrópica/sem fins 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:

|                                                                                |                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PF / PJ sem inscrição                                 | <input type="checkbox"/> Exercício irregular               |
| <input type="checkbox"/> PJ sem Responsável Técnico                            | <input type="checkbox"/> Exercício ilegal                  |
| <input type="checkbox"/> Ausência de identificação na comunicação e divulgação | <input type="checkbox"/> Acobertamento de exercício ilegal |
| <input type="checkbox"/> Divulgar especialidade sem registro no CFO            | <input type="checkbox"/> Outro (descrito no campo abaixo)  |
| <input type="checkbox"/> 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.