



TERMO DE FISCALIZAÇÃO DE REVENDEDORAS DE PRODUTOS VETERINÁRIOS

Nome do Estabelecimento (fantasia) _____

Razão Social _____

Endereço: _____ Município _____

Tel.:() _____ Inscrição Estadual nº _____ CNPJ nº _____

Registro SIAPEC nº _____

1) ROTINA DE INSPEÇÃO

1.1) O credenciamento na ADAB está atualizado? () Sim () Não

1.2) Caso negativo, documentos necessários: _____

1.3) Inspeção de Produtos:

1.3.1) Bioterápicos – Dentro da validade: () Sim () Não

Dentro da temperatura ideal: () Sim () Não

Acondicionamento adequado: () Sim () Não

1.3.2) Quimioterápicos – Dentro da validade: () Sim () Não

Armazenamento adequado: () Sim () Não

1.4) O estabelecimento apresenta condições de higiene adequada para funcionamento? () Sim () Não

2) RECEBIMENTO DE VACINA

2.1) Data da chegada: _____, Hora da inspeção: _____

2.2) Tipos de vacina: _____, Nº de doses: _____

2.3) Laboratório fabricante: _____ Partida: _____, Validade: _____

2.4) Condições adequadas de conservação: () Sim () Não

2.5) Outras observações e recomendações: _____

Ciente, ____/____/____

Assinatura do responsável da loja/CPF

Assinatura funcionário ADAB/Carimbo