



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇOIABA DA SERRA

SECRETARIA DA SAÚDE - VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Avenida Luane Milanda Oliveira, n.º 600, Jd. Salette
CEP 18190-000 Telefone (15)3281-7000/Fax (15)3281-7013
E-mail visa@aracoiaba.sp.gov.br



AUTO DE INFRAÇÃO

AIF - 225-A Nº: 83

Data: 11/07/2017 Hora: 12:00:00

Nome: Paulo Cesar Miranda

Credencial Autoridade Sanitária: 5565

Razão Social: Oliveira & Maia Centro Terapêutica LTDA CNPJ: 11.096.990/0001-20

Nome Fantasia: Aliança Terapêutica

Endereço: Celso Charuri Nº 331 Município: Araçoiaba da Serra

CEP: 18190-000 Telefone: FAX:

Representante: Adriano Bergamo de Oliveira

RG: 18.666.172S-P CPF:

Endereço Residente: Não informado

Município Residente: CEP Residente:

Atividades: Atividades de Assistência Psicossocial e a Saúde à portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química não especificada anteriormente.

Infração Considerada de Risco à Saúde: Vide verso ou segunda folha.

Contraria o Disposto nos: Arts. 53, 54, 55, 57, 58, da Lei Estadual 10.083/98, c/c Lei Federal 10.216/01, c/c Portaria nº. 2391/GM/2002, c/c arts. 4, 9, 10, 11, 12, 14, I, a e b", parágrafo 2º, 15, 16, 17, 18, 20, I-V, da RDC 29 ANVISA c/c arts. 1. 2. 3 da Lei Municipal 1066/1997.

PREENCHIMENTO EM CASO DE NOTIFICAÇÃO DE LAUDO DE ANÁLISE FISCAL, ANEXO

Nome do Produto:

Marca:

Nº do lote:

Nº de Registro:

Data de Fabricação:

Prazo de Validade:

Nº do Laudo de Análise:

Data do Laudo:

Nome do Laboratório:

Prazo para apresentação da defesa ou perícia de contra prova:

O INFRATOR PODERÁ OFERECER DEFESA OU IMPUGNAÇÃO DO AUTO DE INFRAÇÃO NO PRAZO DE 15 (QUINZE) DIAS CONTADOS DE SUA CIÊNCIA, CONFORME LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE.

Ciente em:

ASSINATURA DO AUTUADO

ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA

TESTEMUNHA 1:

TESTEMUNHA 2:



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇOIABA DA SERRA

SECRETARIA DA SAÚDE - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Avenida Luane Milanda Oliveira, n.º 600, Jd. Salette

CEP 18190-000 Telefone (15)3281-7000/Fax (15)3281-7013

E-mail visa@aracoiaba.sp.gov.br



AUTO DE INFRAÇÃO

AIF - 225-A Nº: 83

Infração considerada de risco à saúde:

Por possuir condições inadequadas para o exercício da atividade profissional da prática de ações que visem à proteção, promoção, preservação e recuperação da saúde. Por falta de quadro de recursos humanos legalmente habilitados em número adequado à demanda e as atividades desenvolvidas. Por falta de instalações, utensílios e materiais de consumo indispensáveis e condizentes com suas finalidades e em perfeito de estado de conservação e funcionamento. Por falta de controle e registro dos medicamentos e substâncias psicotrópicas. Por falta registro de dados de identificação de pacientes, bem como procedimentos realizados, de exames clínicos e complementares ou terapêutica adotadas. Por falta de comprovação de recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas. Por falta de comprovação de ações de capacitação à equipe, mantendo o registro. Por deixar de manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza. Por falta de acomodações individuais e espaço para guarda de roupas e de pertences com dimensionamento compatível com o número de residentes e com área que permita livre circulação. Por haver banheiros com dimensionamento incompatível com o número de residentes. Por não serem adotadas medidas que promovam a acessibilidade a portadores de necessidades especiais. Por presença de portas dos ambientes de uso dos residentes como o uso de trancas e chaves. Por haver estoque de medicamentos sem que se pudesse observar a prescrição médica. Por não apresentação de normas e rotinas sobre o tempo máximo de permanência do residente na instituição. Por não haver garantia de cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA e violência, da observância do direito à cidadania do residente, de alimentação nutritiva, de cuidados de higiene e alojamentos adequados, de proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais, de manutenção de tratamento de saúde do residente.

Nome do Laboratório: _____
 Prazo para apresentação da defesa ou pericia de contra prova: _____
 Nº do Laudo de Análise: _____
 Data do Laudo: _____
 Nº de Registro: _____
 Data de Emissão: _____

ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA

ASSINATURA DO AUTUADO

TESTEMUNHA 2

TESTEMUNHA 1