



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO Nº 103 e
DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO SANITÁRIO

REVISÃO 01/2023

01 – Razão Social: _____

02 – Nome Fantasia: _____

03 – Personalidade Jurídica: ☐ Pessoa Jurídica
☐ Pessoa Física

03.1 – CNPJ/CPF nº _____

04 – Endereço: _____

05 – Nº _____ 06 – Complemento: _____ 07 – CEP nº _____

08 – Bairro: _____ 09 – Município: _____

10 – UF: ____ 11 – Telefone: _____ 12 – E-mail: _____

13 – Atividades a serem desenvolvidas:

Selecionar (X)	CNAE	ATIVIDADE
☐	8129-0/00	Serviço de limpeza de caixa d'água

Legenda: S – Sim; N – Não; NA – Não se aplica à atividade desenvolvida;
CF – Conformidade* *a ser preenchido pelo fiscal no momento da inspeção.

ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO

ITENS NECESSÁRIOS	S	N	NA	CF *
O produtos domissanseantes utilizados no processo de limpeza e desinfecção do reservatório de água possuem registro no Ministério da Saúde?				
O produtos domissanseantes utilizados no processo de limpeza e desinfecção do reservatório de água são armazenados em local adequado?				
Há equipamentos de Proteção Individual disponíveis, limpos e em bom estado de conservação?				
ÁREA FÍSICA E INSTALAÇÕES				
A área física e as instalações estão em bom estado de conservação e limpeza?				
Existem banheiros para os funcionários?				
Os banheiros são dotados de lixeira com tampa e acionamento sem contato manual, sabonete líquido, papel toalha e ventilação?				
Existe fornecimento de água potável par os funcionários?				
DOCUMENTOS				
Possui certificado de capacitações do funcionário na área se segurança do trabalho?				
Possui Anotação de Responsabilidade Técnica?				
Possui registro da empresa no conselho de classe?				
Possui Procedimentos Operacionais Padrão para as atividades de limpeza?				
Emite certificado de execução dos serviços indicando a data da realização da limpeza?				

Legislações:

OBS: 1. A Autoridade Sanitária Fiscalizadora, no exercício de suas atribuições, poderá exigir outros itens legislação.
2. Este roteiro poderá ser revisto pela Vigilância Sanitária Municipal, sempre que necessário.

Data: ____/____/____

Página 1 de 2



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO SANITÁRIO

DECLARO ESTAR CIENTE DESTA NORMA E DEMAIS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES PARA A ATIVIDADE PRETENDIDA E ME COMPROMETO AO CUMPRIMENTO DAS MESMAS, ASSEGURANDO A QUALIDADE DOS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS OFERECIDOS.

Assinatura do Representante Legal

Data: ____/____/____

Página 2 de 2