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

ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO Nº 10 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
X	8690-9/04	ATIVIDADES DE PODOLOGIA

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 *
Possui fichário dos usuários atualizado a disposição da autoridade sanitária competente, contendo as informações mínimas dos pacientes?				
O podólogo possui diploma de habilitação profissional expedido por escolas que ministram cursos técnicos, devidamente reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC), com duração mínima de 1.200 horas, e de graduação em podologia conforme orientação da Lei de Diretrizes e Bases vigentes?				
Os ambientes são de cor clara, estão arejados e em boas condições de higiene?				
O estabelecimento possui sala para recepção?				
O estabelecimento possui sala/centro de material esterilizado (CME) ?				
O estabelecimento possui depósito de material de limpeza (DML)?				
Na sala de procedimentos existe pia com água potável corrente com torneiras ou comandos do tipo que dispensem contato das mãos?				
As pias da sala de procedimento e banheiro estão abastecidas com papel toalha, sabonete líquido e lixeira com tampas acionadas por pedal?				
Possui equipamento de esterilização a auto-clave?				
Na sala de procedimento possui lixeira identificada como “resíduo infectante” para o armazenamento desses resíduos?				
Na sala de procedimento possui caixa coletora para os resíduos perfurocortantes?				
Possui EPI’s: luvas, toucas e mascarás descartáveis, óculos de proteção, jaleco de manga comprida com punho?				
Possui equipamento de iluminação tipo foco, para a realização dos procedimentos?				
Utiliza produtos dentro do prazo de validade estipulado pelo fabricante e com registro na ANVISA/Ministério da Saúde?				

Legislações: Instrução Normativa 002/DIVS/09
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: ____/____/_____

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: ____/____/_____