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

ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO Nº 11 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
	8711-5/03	Atividades de assistência a deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes
	8711-5/04	Centros de apoio a pacientes com câncer e com AIDS
	8711-5/05	Condomínios residenciais para idosos
	8730-1/01	Serviço de acolhimento
	8730-1/02	albergues assistenciais
	8730-1/99	Atividades de assistência sociais prestadas em residências coletivas e particulares

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 *
Dispõe de Coordenador com nível superior registrado no conselho de classe?				
Dispõe de educadores/cuidadores com nível médio e capacitação específica e em número suficiente?				
Dispõe de auxiliar de educador/cuidador com nível fundamental e capacitação específica?				
Dispõe de assistente social e psicólogo registrado no conselho de classe?				
Dispõe de Alvará do Corpo de Bombeiros?				
Existe registro/ prontuário atualizado de cada acolhido?				
Existem mobiliários e utensílios disponíveis, em boas condições e em quantidade suficiente?				
Todos os colchões são forrados impermeável e de fácil higienização e limpeza?				
Os banheiros são dotados de lavatório, vaso sanitário com assento e chuveiro em satisfatório estado de conservação e limpeza, separados por sexo?				
São ofertados cuidados básicos como alimentação, higiene e proteção aos acolhidos?				
A residência está adaptada para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida?				
Apresentam instalações elétricas identificados e sem partes expostas?				
Possui procedimentos escritos de encaminhamento para serviços de primeiros socorros?				
Possui rotinas escritas para processo de higienização dos ambientes, bebedouros, sanitários, dormitórios, etc.?				
Realiza a limpeza e desinfecção da caixa d'água com periodicidade máxima de 6 meses?				
Iluminação e ventilação são adequadas/e suficientes?				
Todos os medicamentos administrados possuem prescrição médica?				
Os medicamentos de controle especial são armazenados em local fechado, com chave e sob a guarda de um profissional responsável?				

O serviço de alimentação segue as Boas Práticas de Manipulação de Alimentos?				
Atende os itens do Roteiro de Avaliação de Segurança Sanitária, anexo I da Resolução Normativa nº 004/DIVS/SES - de 14/07/2015?				
Atividades exercidas no local conferem com as informadas no cartão de CNPJ?				

Legislações: Resolução Normativa nº 004/DIVS/SES - de 14/07/2015; Decreto Estadual 1.846/2018; Art. 11 do Decreto Federal 5.296/2004; NBR 9050/2015; RDC/Anvisa 216/2004; Lei Municipal 7.650/2019.
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.

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: ____/____/_____