GOVERNO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA

PODER EXECUTIVO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

GERENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAUDE

ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO Nº 3 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:

CNAE	ATIVIDADES
3250-7/09	Serviço de Laboratório Óptico

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

1. ESTRUTURA FÍSICA	S	N	NA	CF
1.1 Acesso adaptado para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida?				
1.2 Piso, paredes e demais materiais de acabamento são lisos, impermeáveis e mantidos em bom estado de higiene e conservação?				
1.3 Possui lavatório(s) para higiene das mãos suprido(s) com sabonete líquido e papel toalha descartável?				
1.4 Disponibiliza dispensadores com preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, em local visível e de fácil acesso?				
1.5 Possui ventilação natural e/ou artificial suficiente para assegurar a troca e renovação do ar ambiente. Quando artificial possui plano de higiene e manutenção dos equipamentos - PMOC?				
1.6 Alimentos são armazenados ou consumidos apenas em ambiente específico para este fim?				
1.7 O estabelecimento possui sanitário acessível, com lavatório para lavagem das mãos, suprido com papel toalha descartável, papel higiênico, sabonete líquido e lixeiras com saco coletor e tampas acionadas sem contato manual? *OBS. 1: Ficam dispensados de possuírem sanitários os estabelecimentos que estiverem localizados em centros comerciais ou similares.*				
1.8 O estabelecimento está ligado à rede pública de abastecimento de água?				
1.9 O estabelecimento está ligado à rede pública coletora de esgotamento sanitário?				
1.10 Mantém ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza?				
1.11 O serviço garante ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas, com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação dos mesmos ou, quando necessário, o controle químico é realizado por empresa especializada e licenciada pela Vigilância Sanitária?				
1.12 Possui local específico para o depósito de material de limpeza (DML), com tanque, para lavação				

dos panos e utensílios de limpeza?				
1.13 Utiliza os EPI's adequados conforme os riscos das atividades (luvas de borracha, luvas de látex, botas de borracha, máscaras, aventais, gorros, etc..)?				
2. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	**S**	**N**	**NA**	**CF**
2.1 Estabelecimento possui Responsável Técnico?				
2.2 Mantém registro da limpeza da caixa de água semestral realizado por empresa licenciada pela Vigilância Sanitária?				
2.3 Mantém registros de manutenção preventiva e corretiva da edificação/instalações?				
2.4 Mantém registro de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos e instrumentos?				
2.5 Mantém contrato de prestação de serviços vigentes no caso de haver terceirizações de serviços? (lavanderia, climatização, etc...)?				
2.6 Atividades exercidas no local conferem com as informadas no cartão de CNPJ?				

Legislações: Lei Municipal nº 7.650/2019; Lei Estadual nº 16.583/2015; Decreto Estadual nº 992/2016; Decreto Estadual nº 1846/2018; NBR 9050/2020; RDC/Anvisa 42/2010; RDC/Anvisa 59/2010.
OBS: 1 – A Autoridade Sanitária Fiscalizadora, no exercício de suas atribuições, poderá exigir outros itens da legislação.
2– Este roteiro poderá ser revisado pela Vigilância Sanitária Municipal, sempre que necessário.

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO SANITÁRIO

DECLARO ESTAR CIENTE DA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 003/DIVS/SUV/SES, DE 01/12/2021 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