



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

ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO Nº 67 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 |
|--------------------------|-----------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 9603-3/02 | Serviços de cremação |

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

| 1. ITENS NECESSÁRIOS | S | N | NA | CF * |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|----|------|
| Possui Licença Ambiental de Operação vigente? | | | | |
| Possui câmara fria com área mínima de 8,00 m ² ou dimensionada para a quantidade de cadáveres que ficarão acondicionados? | | | | |
| Existe higienização da câmara fria periódica? O intervalo para a higienização está definido no Procedimento Operacional Padrão – POP? | | | | |
| Possui gerador de energia elétrica para a câmara fria? | | | | |
| A localização do crematório é: Condizente com as determinações expressas na legislação de uso e ocupação do solo do município? Suas instalações atendem ao disposto no código de obras e posturas municipais? Não provoca incômodos ou outros prejuízos à população circunvizinha? | | | | |
| Possui laudos anuais das emissões atmosféricas decorrentes das incinerações? Obs: Verificar nos laudos se os valores não estão ultrapassando os o permitido para lançamentos. | | | | |
| Os cadáveres são cremados individualmente, permite-se somente o cadáver de gestante, que pode incluir o feto ou natimorto no mesmo processo? | | | | |
| São retirados o marca-passo ou outro dispositivo similar, para evitar o risco de explosões no forno crematório? | | | | |
| 2. TRABALHADORES | | | | |
| Programa de Imunização com disponibilização gratuita a todos os trabalhadores, inclusive os da limpeza, de vacinas contra hepatite B, sarampo, rubéola, caxumba, tétano, difteria, e outras estabelecidas no PCMSO? As vacinas foram realizadas previamente ao ingresso do profissional ao serviço? | | | | |
| Todos os procedimentos, sejam técnicos ou administrativos, são descritos no Manual de Rotinas do estabelecimento, em linguagem acessível e de fácil acesso ao trabalhador? | | | | |
| As instalações sanitárias, vestiário, refeitório e aquelas relativas ao fornecimento de água potável para os trabalhadores atendem o preconizado na Norma Regulamentadora - 24 do Ministério do Trabalho e Emprego? | | | | |
| Os trabalhadores utilizam Equipamentos de Proteção Individual – EPIs caracterizados abaixo? | | | | |
| I - Proteção do tronco e partes dos membros inferiores do trabalhador, para risco de queimaduras | | | | |

Data: ____/____/____



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

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| provocadas por calor radiante e fagulhas quentes (avental kevlar); II - Proteção do tronco, membros superiores e inferiores para baixa temperatura; III - Proteção das vias respiratórias: respirador tipo PFF2 contra poeiras nevoas e fumos; IV - Protetor facial ou óculos de segurança para proteção dos olhos; V - Luvas de acordo com a função e ao risco das atividades; VI - Protetor auricular de inserção ou tipo concha; VII - Botas de PVC | | | | |
| São assegurados aos trabalhadores: Condições técnicas, físicas, humanas e de organização do trabalho? Adota medidas preventivas? Ações que impliquem na promoção da saúde e prevenção de acidentes, agravos e doenças relacionadas ao trabalho? | | | | |
| 3. TRANSLADO DE CADÁVER | | | | |
| O carro funerário possui local para pousar o caixão com revestimento de placa metálica ou outro material impermeável deslizante? | | | | |
| O carro funerário é higienizado após o uso? | | | | |
| O carro funerário dispõe de compartimentos separados para o cadáver e para o motorista? | | | | |
| 4. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS | | | | |
| Possui programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Ordem de serviço conforme NR 01? | | | | |
| Certificado de limpeza de reservatório d'água, por empresa credenciada da Vigilância Sanitária? | | | | |
| Possui plano de gerenciamento de resíduos? PGRSS? | | | | |
| 5. CAPELA MORTUÁRIA | | | | |
| Possui sala de vigília, com área superior a 20,00 m ² ? | | | | |
| Possui instalações sanitárias separadas por sexo? Possuem no mínimo para cada sexo: Uma bacia sanitária? Um lavatório? | | | | |
| Possui bebedouros localizados fora das instalações sanitárias e da sala de vigília? | | | | |
| Possui copa isolada da sala de vigília? | | | | |
| Dispõe de Depósito de Material de Limpeza (DML)? Com área mínima de 2,00 m ² ? Dimensão mínima de 1,00m? Equipado de tanque com água corrente? | | | | |

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.

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: ____/____/____