



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

ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO Nº95 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
	9603-3/03	Serviços de sepultamento

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 programa de imunização com disponibilização gratuita a todos os trabalhadores, inclusive os da limpeza, de vacinas contra hepatite B, sarampo, rubéola, caxumba, tétano, difteria?				
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?				
Possui Equipamentos de Proteção Individual - EPIs em número suficiente e adequados à atividade?				
Possui ficha de entrega de EPIs dos últimos 12 meses?				
Possui registro de treinamento dos funcionários?				

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: ____/____/____

Página 1 de 1