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

ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO Nº 70 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
		Descontaminação e Outros Serviços de Gestão de Resíduos

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 *
A área física e as instalações estão em bom estado de conservação e limpeza?				
Existem banheiros para os funcionários?				
Os banheiros são dotados de lixeira com tampa e acionamento sem contato manual, sabonete líquido, papel toalha e ventilação?				
Existe fornecimento de água potável para os funcionários?				
Há equipamentos de proteção individual disponíveis, limpos e em bom estado de conservação?				
DOCUMENTOS				
Possui Licença Ambiental?				
Possui Anotação de Responsabilidade Técnica?				
Possui documento comprobatório do descarte ambientalmente adequado dos resíduos?				
Possui certificado de capacitações dos funcionários para área de segurança do trabalho?				
Possui fichas de entrega de EPI's disponíveis para consulta?				

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: ____/____/_____