



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

ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO Nº 78 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
☐	5590-6/02	Camping

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 *
Para cada grupo de vinte pessoas instaladas, existe no mínimo, para cada sexo, um chuveiro em Box, um lavatório, um vaso sanitário?				
Todas as instalações sanitárias, tanques, banheiros, mictórios, seus aparelhos e acessórios são mantidos com permanente limpeza, higiene e perfeito funcionamento?				
As superfícies (piso e parede) dos compartimentos destinados ao banheiro e lavabo são revestidos com materiais lisos, resistentes, impermeáveis e laváveis?				
Mantém suas instalações físicas em boas condições?				
Mantém o ambiente isento de contaminação e poluição?				
Realiza a limpeza e desinfecção da caixa d'água com periodicidade máxima de 6 meses?				
Está conectado com a rede pública de coleta de esgoto, e/ou utiliza fossa/sumidouro/filtro ou outro sistema aprovado pelos órgãos competentes na inexistência da rede pública?				

Legislações: Decreto Estadual nº. 24.980/85; Lei Municipal 6.822/2016; Art. 12 caput da Lei Estadual 6.320/83; Art. 45 caput da Lei Federal 11.445/2007; Lei Estadual 6.320/1983; Decreto Estadual 1.846/2018.

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 2