



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

ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO Nº 85 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"/>	9313-1/00	Atividades de Condicionamento Físico, Artes marciais e Yoga

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 *
O Responsável Técnico está presente durante todo horário de funcionamento?				
Os exercícios são praticados sob orientação de profissional habilitado?				
Possui placa de advertência sobre o uso de anabolizantes em local visível ao público?				
Possui placa com o número do SAMU em local visível ao público?				
Os estagiários dispõem de uniforme diferenciado dos professores, contendo a expressão: "ESTAGIÁRIO" impresso em local visível e de fácil localização pela clientela?				
ÁREA FÍSICA E INSTALAÇÕES				
As instalações e equipamentos satisfazem os requisitos técnicos e físico-higiênico-sanitários para os fins estabelecidos?				
Possui vestiários e sanitários separados por sexo, com lavatório, sabonete líquido, toalha descartável em bom estado de higiene e limpeza?				
Possui local para a guarda dos produtos e materiais de limpeza?				
As condições de iluminação e ventilação são satisfatórias?				
Os aparelhos e equipamentos fixos se encontram em bom estado de funcionamento, devidamente fixados no chão e/ou paredes, e lubrificados em suas partes móveis?				
Os equipamentos são higienizados regularmente e após o uso, com produtos adequados? Com álcool a 70% e toalhas/flanelas de forma a estar sempre à disposição dos clientes quando necessário?				
Possui piso antiderrapante, teto e paredes lisos, laváveis, de cores claras?				
O local fornece armários com chave para a guarda de objetos de uso pessoal dos clientes?				
Os aparelhos e equipamentos fixos se encontram em perfeito estado de conservação, livres de ferrugem, rachaduras, amassamentos, umidade, com forros ou estofados em bom estado de conservação?				
Esta 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				

Data: ____/____/____



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

rede pública?				
OUTRAS ATIVIDADES				
Oferece outras atividades além do condicionamento físico (estética, fisioterapia, consultório médico, sauna, lanchonete, etc)?				
Descreva quais:				
Comercializa suplementos?				
DOCUMENTOS				
Armazena no local os Questionários de Aptidão para Atividade Física e Termos de Responsabilidade para a Prática de Atividade Física (Anexo I, II da Lei Estadual 16.331/2014) preenchidos e atualizados anualmente pelos alunos?				

Legislações: Resolução Normativa DIVS/SUV/SES 001/2016, Decreto Estadual 3.150/1998, Lei Estadual 13.679/2006

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: ____/____/____