



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

ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO Nº 94 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
☐	4789-0/05	Comércio varejista de produtos saneantes domissanitários

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 *
As áreas de armazenamento estão limpas, secas e mantidas em temperaturas conforme instruções do fabricante do produto?				
Os produtos estão protegidos da luz solar direta?				
Os pisos, paredes e tetos são de fácil limpeza, material resistente e em bom estado de conservação?				
Os produtos estão isolados do piso e afastados das paredes?				
Os produtos estão empilhados com segurança?				
As áreas de depósito possuem capacidade suficiente?				
Quando necessário, os produtos devolvidos e recolhidos são identificados ou permanecem em áreas separadas?				
Os produtos são registrados ou regularizados na ANVISA?				
Os produtos estão dentro do prazo de validade?				
As rotulagens possuem todos os itens obrigatórios, tais como: nome do produto, marca, número do processo de regularização, lote, validade, nome do fabricante ou importador e número da AFE?				
Os produtos estão em suas embalagens originais?				
Comercializa álcool na forma líquida somente abaixo de 54ºGL?				
Os veículos possuem licença de transporte?				

Legislações: RDC 47/2013; Lei Federal 6.360/76; Decreto federal 8.077/2013; RDC 691/2022

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