



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

ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO Nº 98 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
	5620-1/02	Serviços de alimentação para eventos e recepções – bufê
	5620-1/03	Cantinas – serviços de alimentação privativos
	5620-1/04	Fornecimento de alimentos para consumo domiciliar

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 estabelecimento é abastecido com água da Casan e possui caixa d'água higienizada semestralmente?				
Lança o esgoto regularmente na rede pública (ou utiliza fossa séptica na inexistência da rede pública)?				
Áreas externas e internas do estabelecimento são livre de entulhos, objetos em desuso e animais?				
Aberturas externas das área de manipulação de alimentos apresentam telas milimétricas?				
Todo o lixo gerado é armazenado de modo protegido em uma lixeira até o momento da coleta pública?				
O banheiro encontra-se em bom estado de conservação e higiene e dispõe de água corrente, pia, sabonete líquido antisséptico, toalha de papel e lixeira com tampa acionada por pedal?				
Cumprir a legislação que proíbe que os banheiros tenham comunicação direta com as áreas de produção e armazenamento de alimentos ou ao refeitório?				
Em caso de adoção de controle químico para o controle de pragas, possui comprovante de execução do serviço expedido por empresa especializada?				
Os ambientes possuem boa ventilação natural ou artificial? Os equipamentos de ventilação (quando existente) são higienizados e com manutenção adequada?				
Piso, parede e teto são mantidos em bom estado de higiene e conservação?				
O depósito encontra-se limpo e organizado e os alimentos são armazenados sobre prateleiras ou estrados?				
Possui pia com água corrente para higienização das mãos nas áreas de manipulação de alimentos, providas de sabonete líquido antisséptico, toalha de papel e lixeira com tampa acionada sem contato manual?				
As luminárias são protegidas contra queda e explosão na área de manipulação de alimentos?				
As lixeiras da área de manipulação de alimentos são dotadas de tampa sem acionamento manual?				
Os ambientes, área de manipulação, móveis, equipamentos e utensílios encontram-se em bom estado de conservação, higiene e livre de insetos e roedores?				

Data: ____/____/____

Página 1 de 2



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

Manipuladores de alimentos utilizam uniforme de cor clara (calça, jaleco, touca e calçado fechado), exclusivamente no local de trabalho?				
Possui vestiário com armário para a troca de roupa e guarda dos pertences dos funcionários?				
Possui local adequado para higiene de panos e para a guarda de produtos e utensílios de limpeza?				
Manipuladores de alimentos possuem carteira de saúde ou ASO atualizados?				
Manipuladores de alimentos possuem comprovantes de capacitação periódica em Boas Práticas de Manipulação de Alimentos?				
As rotulagens dos produtos utilizados e/ou comercializados estão de acordo com a legislação?				
Os produtos utilizados e/ou comercializados estão dentro do prazo de validade?				
O veículo que transporta os alimentos possui licença de transporte?				

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: ____/____/____