



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ABELARDO LUZ
CNPJ: 83.009.886/0001-61
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO ROTEIRO DE AUTO-INSPEÇÃO

1. O preenchimento deste Roteiro de Auto-inspeção é item OBRIGATÓRIO na requisição de alvará sanitário junto à unidade do Pró-cidadão, seja para fins de concessão ou revalidação do documento.
2. Deve preencher este Roteiro o responsável pelo estabelecimento e/ou trabalhador que realize atividade no local, que conheça suas rotinas e tenha ciência do que tratam os itens assinalados.
3. Para cada item enumerado no roteiro, poderão ser marcadas as opções “S” (Sim), “N” (Não) ou “NA” (Não se aplica à atividade desenvolvida). O item “CF” (Conformidade) NÃO deverá ser assinalado pelo requerente, podendo ser preenchido pela autoridade sanitária no momento da inspeção.
4. O Roteiro deve ser preenchido com CANETA esferográfica preta ou azul, sendo que é obrigatório o preenchimento de TODOS os itens para que este seja válido.
5. Os DOCUMENTOS assinalados no Roteiro com a opção “SIM” devem estar disponíveis no estabelecimento para a conferência e análise da autoridade de saúde sempre que necessário.
6. Terminado o preenchimento do Roteiro, é obrigatória a ASSINATURA do requerente no campo “Assinatura do proprietário e/ou responsável”, que consta no final deste documento.
7. O requerente deve estar ciente de que as informações aqui prestadas por ele são presumidas como verdadeiras e que o preenchimento deste roteiro com informações falsas constitui infração sanitária, estando sujeito às sanções cabíveis.
8. Os estabelecimentos e seus responsáveis estarão sujeitos às penalidades previstas na Lei Complementar nº 112/2014, sem prejuízo das demais sanções previstas na Legislação Estadual e Federal vigentes, quando constatado o preenchimento do Roteiro de Auto-Inspeção com informações NÃO condizentes com a realidade verificada pela autoridade de saúde nas inspeções sanitárias presenciais efetuadas.
9. A constatação de infração sanitária pela autoridade de saúde, apontada falsamente como "em conformidade" no Roteiro de Auto-Inspeção apresentado no processo, caracteriza a circunstância agravante conforme legislação vigente.



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ABELARDO LUZ
CNPJ: 83.009.886/0001-61
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ROTEIRO DE AUTO-INSPEÇÃO PARA LABORATÓRIO DE ÓTICA

Processo/Ano N° _____ / _____

Estabelecimento:		
Proprietário/Responsável Técnico:		
CNPJ/CPF:		
Nº. Total de Trabalhadores no estabelecimento:	Número de Homens:	Número de Mulheres:

Legenda:

S – Sim;

N – Não;

NA – Não se aplica à atividade desenvolvida;

CF – Conformidade (a ser preenchido pelo fiscal no momento da inspeção).

ITENS NECESSÁRIOS	S	N	NA	CF*	ENQUADRAMENTO LEGAL
O estabelecimento é de alvenaria					Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC
Iluminação e ventilação satisfatórias					Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC
Teto, piso e paredes de material liso, impermeável, resistente, de fácil higienização e preferencialmente de cor clara					Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC
Instalações limpas e bem conservadas					Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC
Instalação sanitária com lavatório, papel toalha descartável, sabonete líquido e lixeira com tampa acionada sem contato manual					Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC
Local para refeições organizado, limpo e separado dos demais ambientes					Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC
Local p/ guarda dos pertences dos funcionários					Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC
Sistema de combate a incêndio					Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC
Possui os equipamentos necessários para confecção de lentes					Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC
Alvará sanitário fixado em local visível ao público					Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC
Óptico p/ assistência e responsabilidade técnica (RT)					Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC
RT presente em todo horário de funcionamento do estabelecimento					Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC
Documentações arquivadas referentes ao licenciamento das óticas para quem tercerizam as lentes					Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC
DOCUMENTAÇÃO					
Certidão de inclusão de responsabilidade técnica emitida pela VISA municipal					Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC
Registro da limpeza da caixa de água					
Programa de Manutenção, Operação e Controle (PMOC) do sistema de climatização (para sistema com capacidade acima de 60.000 BTU/H) com Anotação de Responsabilidade					Portaria 3523/98 MS, Art. 6º, alínea a



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ABELARDO LUZ
CNPJ: 83.009.886/0001-61
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Técnica (ART) referente ao Programa de Manutenção, Operação e Controle (PMOC).					
Registro da manutenção e limpeza do equipamento de ar condicionado (para sistema com capacidade abaixo de 60.000 BTU/H).					Portaria 3523/98 MS, Art 5º
Comprovação de manutenção dos equipamentos (de acordo com as instruções do fabricante)					Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC
Manual de Boas Práticas de Fabricação					
Programa de prevenção e combate de vetores					
Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos (PGR)					
Possui Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO)					
Atestado de saúde dos colaboradores conforme o PCMSO					
Possui Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)					
Atividades desenvolvidas conferem com DAM?					

OBS:

- 1.– Autoridade de Saúde, no exercício de suas atribuições, poderá exigir além dos itens relacionados neste roteiro, outros que se fizerem necessários para garantia da Saúde Pública, bem como que constam em normas aplicáveis ao caso;
- 2.– Este roteiro poderá ser revisto, sempre que necessário, de acordo com as determinações da Autoridade de Saúde.

Data do preenchimento do Roteiro de Auto Inspeção: ____ / ____ / ____.

Declaro estar ciente de que as informações aqui prestadas são expressão da verdade e que o preenchimento deste roteiro com informações falsas constitui infração sanitária, estando sujeito às sanções cabíveis.

Nome completo do proprietário e/ou responsável: _____

CPF do proprietário e/ou responsável: _____

Email e Telefone: _____

Assinatura do proprietário e/ou responsável: _____



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ABELARDO LUZ
CNPJ: 83.009.886/0001-61
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A ser preenchido pelo fiscal no momento da(s) vistoria(s):

Observações:

Data vistoria: ____/____/____	Data vistoria: ____/____/____	Data vistoria: ____/____/____
Responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:	Responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:	Responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:
Assinatura do responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:	Assinatura do responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:	Assinatura do responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:
Fiscais responsáveis pela vistoria:	Fiscais responsáveis pela vistoria:	Fiscais responsáveis pela vistoria: