



**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 SALÃO DE BELEZA, MANICURO, PEDICURO,**  
**CABELEIREIRO**

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
<b>1. DA ESTRUTURA FÍSICA</b>					
1.1 Pisos, teto e paredes laváveis, impermeáveis e de cor clara?					Artigo 4º II IN 004/DIVS/2013
1.2 As superfícies são impermeáveis, lisas e isentas de umidade?					Artigo 8º II IN 004/DIVS/2013
1.3 A ventilação e iluminação do estabelecimento são adequadas às atividades?					Artigo 4º IX IN 004/DIVS/2013
1.4 O sanitário possui lavatório com água corrente, toalha descartável, sabonete líquido, lixeira com tampa e acionamento sem contato manual e com saco coletor?					Artigo 4º X IN 004/DIVS/2013
1.5 Possui sala privativa para tratamento estético (ex: massagem, depilação).					Anexo I IN 004/DIVS/2013
1.6 Possui lavatório com água, toalha descartável, sabonete líquido, lixeira com tampa e acionamento sem o uso das mãos nas salas de procedimentos (depilação, massagem) exclusivo para a higiene de mãos?					Artigo 4º VII IN 004/DIVS/2013
1.7 O armazenamento de produtos, materiais e equipamentos é efetuado em prateleiras e/ou armários constituídos de material impermeável, liso e isentos de umidade?					Anexo I IN 004/DIVS/2013
1.8 As camas e cadeiras possuem revestimento impermeável, e são utilizados lençóis descartáveis ou de uso individual após					Artigo 10 VII IN 004/DIVS/2013



# ESTADO DE SANTA CATARINA

## PREFEITURA MUNICIPAL DE ABELARDO LUZ

CNPJ: 83.009.886/0001-61

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

o uso de cada cliente?				
1.9 Possui local específico para armazenamento de materiais de limpeza?				Artigo 4º III IN 004/DIVS/2013
1.10 Possui armários individuais para a guarda dos pertences pessoais?				Artigo 4º IV IN 004/DIVS/2013
1.11 Possui bebedouro com água potável para clientela e profissionais?				Artigo 4º VI IN 004/DIVS/2013
1.12 O estabelecimento está organizado e limpo na sua totalidade?				Anexo I IN 004/DIVS/2013
<b>2. DO PROFISSIONAL</b>				
2.1 Possuem certificado de qualificação profissional (diplomas e/ou certificados registrados)?				Artigo 9º II IN 004/DIVS/2013
2.2 Manicures e pedicures possuem os comprovantes do esquema vacinal (Tétano, Difteria e Hepatite B)?				Artigo 9º I IN 004/DIVS/2013
2.3 Higienizam as mãos antes e após o atendimento de cada cliente e sempre que necessário?				Artigo 9º IV IN 004/DIVS/2013
2.4 Os profissionais utilizam uniforme específico para o trabalho?				Artigo 9º III IN 004/DIVS/2013
2.5 Utilizam os EPI's em suas atividades que entram em contato com sangue, secreções, tecido humano (luvas, máscaras e aventais)?				Artigo 9º III IN 004/DIVS/2013
2.6 Não atende cliente com lesão aparente (pele, unha, couro cabeludo, entre outros)?				Lei Estadual 6.320/83, Art. 12
<b>3. DOS PROCEDIMENTOS</b>				
3.1 Os equipamentos e produtos utilizados possuem registro/notificação no MS/ANVISA? (observar autoclave, cosméticos, saneantes, cera de depilação)				Artigo 8º I IN 004/DIVS/2013
3.2 Os produtos estão no prazo de validade?				Lei Est. 6.320/83, Art. 12
3.3 Todos os produtos, incluindo os importados possuem rotulagem que atende a legislação específica?				Anexo I IN 004/DIVS/2013
3.4 Tem conhecimento da legislação de cosméticos com formol (Res. ANVISA 162/01 e Res. ANVISA 79/00)?				Res. ANVISA 162/01 e Res. ANVISA 79/00
3.5 Possuem área específica de limpeza, desinfecção e esterilização de instrumentos e materiais com ponto de água exclusiva e bancada?				Manual de Processamento de Artigos e Superfícies MS/02
3.6 Fazem limpeza e descontaminação dos equipamentos de uso individuais (pentes, escovas, tesouras, toalhas)?				Artigo 10 I IN 004/DIVS/2013
3.7 Fazem esterilização dos materiais que entram em contato com o sangue em autoclave (alicates, palitos metálicos, espátulas, pinças, etc.)?				Artigo 10 II IN 004/DIVS/2013
3.8 Realizam teste biológico do aparelho de autoclave?				Artigo 10 II IN 004/DIVS/2013
3.9 Possuem registros atualizados que comprovem a validação do teste realizado mensalmente?				Artigo 10 II IN 004/DIVS/2013
3.10 Realiza manutenção preventiva/corretiva do equipamento de esterilização a cada 6 meses e mantém registro?				Artigo 10 V IN 004/DIVS/2013
3.11 Utilizam lixas, lâminas de barbear e palitos descartáveis?				Artigo 10 VI IN 004/DIVS/2013
3.12 As cubas para imersão de pés e mãos são descartáveis ou protegidas com material impermeável, liso e isento de umidade?				Artigo 10 VI IN 004/DIVS/2013



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

3.13 Possui material e utensílios em número suficiente para atender a clientela, impedindo que os mesmos sejam reutilizados sem a devida higienização/esterilização?					Anexo I IN 004/DIVS/2013
3.14 Depilação realizada com cera de uso único?					
3.15. Local para o acondicionamento do lixo junto ao alinhamento frontal, não obstruindo o passeio público					
3.16. Resíduos sólidos acondicionados em embalagens plásticas devidamente fechadas em local limpo e com frequente manutenção					
3.17. Possui contentores com tampa e rodas diferenciados por cores de acordo com o tipo de lixo.					
3.18. O tempo de permanência dos contentores nos logradouros públicos é cumprido: Coleta diurna: até duas horas antes da coleta e duas horas depois; Coleta após as 18 horas os contentores deverão ser retirados até as 7 horas do dia seguinte.					
3.19 Utilização dos serviços de coleta do município					
<b>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>CF</b>	<b>ENQUADRAMENTO LEGAL</b>
4.1 Habite-se sanitário?					
4.2 Comprovante de limpeza e desinfecção da caixa d'água e cisternas, dentro da validade?					Artigo 6º IN 004/DIVS/2013
4.3 Comprovante do esquema vacinal das manicures (Tétano, Difteria e Hepatite B)?					Artigo 9º I IN 004/DIVS/2013
4.4 Comproverantes de validação do teste biológico realizado em autoclave?					Artigo 10 II IN 004/DIVS/2013
4.5 Comprovante de manutenção preventiva/corretiva do equipamento de autoclave?					Artigo 10 V IN 004/DIVS/2013
4.6 Atividades conferem com a 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:** \_\_\_\_\_



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

---

**Email e Telefone:**

---

**Assinatura do proprietário e/ou responsável:**

---

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

**Observações:**




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

<b>Data vistoria:</b>  ____/____/____	<b>Data vistoria:</b>  ____/____/____	<b>Data vistoria:</b>  ____/____/____
<b>Responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:</b>  	<b>Responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:</b>  	<b>Responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:</b>  
<b>Assinatura do responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:</b>  	<b>Assinatura do responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:</b>  	<b>Assinatura do responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:</b>  
<b>Fiscais responsáveis pela vistoria:</b>  	<b>Fiscais responsáveis pela vistoria:</b>  	<b>Fiscais responsáveis pela vistoria:</b>  
<b>Parecer da fiscalização:</b>  	<b>Parecer da fiscalização:</b>  	<b>Parecer da fiscalização:</b>  