



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 PASTELARIA

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 |
|--|---|---|----|----|--|
| 1-Pisos, paredes e teto (lisos, laváveis, impermeáveis e íntegros) | | | | | Art. 94, o, 137, I e II do Dec. Est. 31455/87 c/c RDC 216/04 |
| 2-Acesso controlado e independente | | | | | Art. 94 I do Dec. Est. 31455/87 |
| 3-Ventilação suficiente | | | | | Art. 94, i do Dec. Est. 31455/87 |
| 4-Iluminação suficiente | | | | | Art. 94, j do Dec. Est. 31455/87, |
| 5-Luminárias protegidas contra quedas e explosões. | | | | | Item 4.1.8 da RDC 216/04 |
| 6-Lavatório na área de manipulação de alimentos exclusivo para higienização das mãos, provido de sabonete líquido e papel toalha | | | | | Art. 94, e, f do Dec. Est. 31455/87 c/c RDC 216/04 item 4.1.14 |
| 7-Lixeiras com tampa acionada sem contato manual | | | | | Item 4.5.2 da RDC 216/04 |
| 8-Tela milimetrada nas aberturas | | | | | Art. 94, n do Dec. Est. 31455/87 c/c item 4.1.4 da RDC 216/04 |
| 9-Utiliza outros métodos, que não sejam líquidos inflamáveis, para acender os fogões | | | | | |
| 10-Prateleiras ou estrados a 30cm do chão e que possibilitem fácil higienização do piso. | | | | | Art. 92, § 1º; 18 do Dec. Est. 31455/87 |
| 11-Fiação protegida | | | | | Item 4.1.9 da RDC 216/04 |
| 12-Armário para a guarda dos pertences dos funcionários | | | | | Art. 94, d do Dec. Est. 31455/87 c/c NR 24 |
| 13-Sanitários com lavatório provido de sabonete líquido papel | | | | | Art. 137, IV do Dec. Est. |



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

| | | | | | |
|--|----------|----------|-----------|------------|---|
| toalha e lixeira acionada sem contato manual (1 por sexo para cada 20 lugares). | | | | | 31455/87 c/c item 4.1.13 da RDC 216/04 |
| 14-Ambientes livres de materiais estranhos ao uso | | | | | Art. 96, VIII do Dec. Est. 31455/87 c/c item 4.1.7 da RDC 216 |
| 15-Limpeza geral e organização | | | | | Art. 87, 97 do Dec. Est. 31455/87 |
| 16-Ralos escamoteáveis (do tipo "abre e fecha", mantendo-se fechado quando não estiver sendo utilizado | | | | | Item 4.1.5 da RDC 216/04 |
| 17-Alimentos dentro do prazo de validade | | | | | Art. 96, IV do Dec. Est. 31455/87 |
| 18-Alimentos protegidos contra contaminação | | | | | Art. 14, 15 e 17 do Dec. Est. 31455/87 |
| 19-Canudos embalados individualmente | | | | | |
| 20-Utensílios laváveis, impermeáveis e íntegros | | | | | Art. 86, d do Dec. Est. 31455/87 |
| 21-Produtos expostos à venda em perfeito estado de conservação | | | | | Art. 5º, I, IV do Dec. Est. 31455/87 |
| 22-Produtos mantidos em temperatura controlada, abaixo de 5°C ou acima de 60°C | | | | | Itens 4.8.15 e 4.8.16 da RDC 216/04 c/c art. 22 do Dec. Est. 31455/87 |
| 23-Identificação dos alimentos fracionados com etiqueta indicando tipo, data de fracionamento e prazo de validade | | | | | Item 4.8.18 da RDC 216/04 |
| 24-Molhos (maionese, catchup e similares) servidos em porções individuais ou sachet | | | | | Art. 28; 18 § 1º; 22 do Dec. Est. 31455/87 |
| 25-Descongelamento em geladeira ou microondas. | | | | | Item 4.8.13 da RDC 216/04 |
| 26-Manipuladores de alimentos aseados, com a pele íntegra, sem adornos, uniformizados e com os cabelos protegidos | | | | | Art. 81 e 82 do Dec. Est. 31455/87 |
| 27-Botijão de gás na área externa | | | | | NR 23 (Port. MTE 3214/78) |
| 28-Contentor para o acondicionamento do lixo | | | | | |
| 29-Local para armazenar resíduos fora da área de manipulação | | | | | Item 4.5.3 da RDC 216/04 |
| 30-Sistema de esgoto ligado à rede pública de coleta | | | | | |
| 31-Fossa e sumidouro/filtro | | | | | |
| 32-Caixa de gordura sifonada | | | | | Item 4.1.6 da RDC 216/04 |
| DOCUMENTOS NECESSÁRIOS | S | N | NA | CF* | ENQUADRAMENTO LEGAL |
| 33-Atestados de Saúde para os manipuladores de alimentos | | | | | Art 30 da LE 6320/83 c/c art 79 do Dec.Est. 31455/87 |
| 34- Certificado de participação em Treinamento de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos | | | | | Portaria SMS 02/2016 |
| 35-Certificado de desinsetização e desratização emitido por empresa licenciada junto à VISA (mantém cópia do alvará sanitário da empresa no estabelecimento) | | | | | Art 97§ 6º do Dec.Est. 31455/87 |
| 36-Certificado de limpeza da caixa d'água emitido por empresa licenciada junto à VISA (mantém cópia do alvará sanitário da empresa no estabelecimento) | | | | | |
| 37-Alvará dos fornecedores de produtos terceirizados | | | | | |
| 38-Comprovante de limpeza/manutenção do sistema de | | | | | Port. MS 3523/98 |



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

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| climatização de ar | | | | | |
| 39-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: _____

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

| | | |
|---|---|---|
| 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: |
| Parecer da fiscalização: | Parecer da fiscalização: | Parecer da fiscalização: |