



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 BARBEARIA

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. DA ESTRUTURA FÍSICA					
1.1 Possui acesso aos Portadores de Necessidades Especiais (1º Alvará)?					Artigo 13 IN 004/DIVS/2013
1.2 Pisos, teto e paredes laváveis, impermeáveis e de cor clara?					Artigo 4º II IN 004/DIVS/2013
1.3 As superfícies são impermeáveis, lisas e isentas de umidade?					Artigo 8º II IN 004/DIVS/2013
1.4 A ventilação e iluminação do estabelecimento são adequadas às atividades?					Artigo 4º IX IN 004/DIVS/2013
1.5 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
1.6 Possui lavatório com água, toalha descartável, sabonete líquido, lixeira com tampa e acionamento sem o uso das mãos nas salas de procedimentos?					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 cadeiras possuem revestimento impermeável?					Artigo 10 VII IN 004/DIVS/2013
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
2. DO PROFISSIONAL					
2.1 Possuem certificado de qualificação profissional (diplomas e/ou certificados registrados)?					Artigo 9º II IN 004/DIVS/2013
2.2 Higienizam as mãos antes e após o atendimento de cada cliente e sempre que necessário?					Artigo 9º IV IN 004/DIVS/2013
2.3 Os profissionais utilizam uniforme específico para o trabalho?					Artigo 9º III IN 004/DIVS/2013



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

2.4 Não atende cliente com lesão aparente (pele, unha, couro cabeludo, entre outros)?					Lei Estadual 6.320/83
3. DOS PROCEDIMENTOS					
3.1 Os equipamentos e produtos utilizados possuem registro/notificação no MS/ANVISA? (observar cosméticos)					Artigo 8º I IN 004/DIVS/2013
3.2 Os produtos estão no prazo de validade?					Lei Est. 6.320/83
3.3 Todos os produtos, incluindo os importados possuem rotulagem que atende a legislação específica?					Anexo I IN 004/DIVS/2013
3.4 Fazem limpeza e descontaminação dos equipamentos de uso individuais (pentes, escovas, tesouras, toalhas)?					Artigo 10 I IN 004/DIVS/2013
3.5 Utilizam lâminas de barbear descartáveis?					Artigo 10 VI IN 004/DIVS/2013
3.6 Local para o acondicionamento do lixo junto ao alinhamento frontal, não obstruindo o passeio público					
3.7 Resíduos sólidos acondicionados em embalagens plásticas devidamente fechadas em local limpo e com freqüente manutenção					
4. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	S	N	NA	CF	ENQUADRAMENTO LEGAL
4.1 Comprovante de limpeza e desinfecção da caixa d'água e cisternas, dentro da validade?					Artigo 6º IN 004/DIVS/2013
4.2 Comprovante de desratização e desinsetização dentro da validade?					Artigo 7º IN 004/DIVS/2013, c/c Lei M 112/2014
4.3 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: _____

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: