



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 FLORICULTURA / PLANTAS / MUDAS

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
1.1 - Ambiente livre de coleções líquidas (água parada)					
1.2 - Local para colocação de prospecto com objetivo de informar sobre o combate à dengue.					
1.4 - Local próprio para a guarda dos produtos e materiais de limpeza					
1.5 - Possui armário exclusivo para guarda dos pertences dos funcionários					Portaria 3.214/78 MTE, NR 24
1.6 - Instalações sanitárias atendidas quanto: higiene/limpeza gênero e quantidade de usuários					Portaria 3.214/78 MTE, NR 24
1.7 - Local para o acondicionamento do lixo junto ao alinhamento frontal, não obstruindo o passeio público					
1.8 - Resíduos sólidos acondicionados em embalagens plásticas devidamente fechadas em local limpo e com freqüente manutenção					
1.9 - Possui contentores com tampa e rodas diferenciados por cores de acordo com o tipo de lixo.					
1.10 - 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 às 18 horas os contentores deverão ser retirados até as 7 horas do dia seguinte.					
1.11 - Utilização dos serviços de coleta do município					
1.12 - Esgotamento sanitário:					



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:	Responsável pelo estabelecimento:	Responsável pelo estabelecimento:
Fiscais responsáveis:	Fiscais responsáveis:	Fiscais responsáveis: