



**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 DE PEQUENOS ANIMAIS**

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).

<b>ITENS NECESSÁRIOS</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>CF*</b>	<b>ENQUADRAMENTO LEGAL</b>
<b>HIGIENE E EMBELEZAMENTO DE ANIMAIS:</b>					
Existe filtro de retenção de pêlos para tanque / banheira.					.
A água utilizada na higienização dos animais está ligada no sistema de tratamento de esgoto do imóvel.					.
O local de higienização dos animais possui revestimento de material liso, lavável e impermeável.					
Áreas permanentemente higienizadas e desinfetadas, sem acúmulo de sujidades ou materiais estranhos.					.
Funcionários fazem uso dos Equipamentos de Proteção Individual (Ex: Máscara, protetor auricular, jaleco e óculos).					NR-7 do MTE
Os produtos de embelezamento e higiene são registrados no órgão competente.					Artigo 44 do Decreto 5.053/2004.
Os produtos retirados da embalagem original são identificados com a sua especificação e informações, ex: data de validade.					Artigo 68 IX do Decreto 5.053/2004.
Há serviço terceirizado de lavação de toalhas. Caso haja é necessária a apresentação do Alvará Sanitário da Lavanderia.					
O local que abriga os animais do serviço de embelezamento é integro lavável, impermeável e livre de oxidação.					.
<b>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</b>					
Habite-se sanitário.	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>CF*</b>	<b>ENQUADRAMENTO LEGAL</b>
Comprovante de realização de serviço de sanitização de ambientes, por empresa que possua Alvará Sanitário.					
Comprovante de limpeza dos aparelhos de climatização ou					Artigo 5º e 6º da Portaria MS



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

PMOC, quando acima de 60.000 BTUs.					3523/98.
Comprovante de limpeza dos reservatórios de água, realizada por empresa que possua Alvará Sanitário.					Artigo 18 XI do Decreto Estadual nº. 24981/85.
Rotina de higiene e desinfecção de artigos e superfícies.					Manual de Processamento de Artigos e Superfícies – MS/1994.
Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA					NR-9 e NR-32 do MTE
Programa de Controle Médico Saúde Ocupacional – PCMSO					NR-7 do MTE

**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**


<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>  