



**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 COMÉRCIO DE PRODUTOS COSMÉTICOS, PERFUMES E PRODUTOS DE HIGIENE**

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>1. ÁREA FÍSICA</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>CF</b>	<b>Enquadramento Legal Lei 6.514/77 e Port. MTE 3.214/7 (NRs)</b>
1.1. As áreas se encontram em bom estado de conservação e higiene?					NR 8: 8.3
1.2. Condições íntegras de pisos paredes e teto?					
1.3. Boas condições de circulação entre as áreas, afastando riscos de acidentes?					NR 12: 12.12
1.4. A ventilação e a iluminação são suficientes?					NR 17: 17.5.3
1.5. Instalações elétricas seguras e protegidas?					
1.6. O estabelecimento possui sistema de combate a incêndio?					NR 23: 23.1.1
1.7. Possui sistema de exaustão, ventilação ou climatização?					Port. MS 3523/98, art.5º.
1.8. Os equipamentos de segurança estão adequados em todos setores					
1.9 - Os produtos possuem registro no Ministério da Saúde e rotulagem adequada?					Lei Fed. 6360/76, art. 2º
<b>2.DEPÓSITO</b>					
2.1 - Prateleiras ou estrados a 30cm do chão e que possibilitem fácil higienização do piso.					Arts. 18 e 92 do Dec.Est. 314
<b>3. INSTALAÇÕES SANITÁRIAS</b>					<b>NR 24</b>
3.1. A empresa dispõe de banheiros e vestiários em número suficiente?					24.1.3, 24.1.9, 24.1.26, f



# ESTADO DE SANTA CATARINA

## PREFEITURA MUNICIPAL DE ABELARDO LUZ

CNPJ: 83.009.886/0001-61

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

3.2. As condições sanitárias dos mesmos são adequadas à legislação?					
3.3. Existe uma copa ou local para refeição em boas condições de organização e limpeza?					
<b>4. ABASTECIMENTO DE ÁGUA</b>					<b>Dec. Est. 24981/85</b>
4.1. Reservatório de água - Cisterna ( ) Caixa d'água ( )					Art. 12, 17
4.2. Sistema público de abastecimento					Art. 12, § 2º
4.3. Ponteira/Poço com tratamento					Art. 12, § 2º
<b>5.0. SISTEMA DE ESGOTO/DESTINO DO EFLUENTE</b>					
5.1. - Fossa e sumidouro/filtro					
5.2. - Ligado à rede pública de coleta					
<b>6. ACONDICIONAMENTO E DESTINO DO LIXO</b>					
6.1. Local para o acondicionamento do lixo junto ao alinhamento frontal, não obstruindo o passeio público					
6.2. Resíduos sólidos acondicionados em embalagens plásticas devidamente fechadas em local limpo e com freqüente manutenção	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>CF</b>	
6.3. Possui contentores com tampa e rodas diferenciadas por cores de acordo com o tipo de lixo.					
6.4. Utilização dos serviços de coleta do município					
6.5. 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.					
<b>7. DOCUMENTOS</b>					
7.1. Possui Habite-se sanitário?					
7.2. Possui o alvará dos bombeiros?					Decr. Est. 4909/94
7.3. - Registro de limpeza do sistema de climatização ou PMOC, quando acima de 60.000 BTUs					Portaria 3.523/98
7.4 A Empresa Possui PCMSO adequado à norma e atualizado?					NR 7: 7.1.1
7.5. A empresa estabeleceu o PPRA					NR 9: 9.1.1
7.6 - Certificado de limpeza da caixa d'água emitido por empresa licenciada junto à VISA (manter cópia do alvará sanitário da empresa no estabelecimento)					
7.7 - Atividades exercidas 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.



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