

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ROTEIRO DE AUTO-INSPEÇÃO PARA AGROPECUÁRIA

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
Somente comercializa produtos registrados no Ministério da Agricultura, exceto os dispensados de registro como os grãos, sementes quando expostos a venda in natura. Não comercializa medicamentos de uso humano.					
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	S	N	NA	CF*	ENQUADRAMENTO LEGAL
Anotação de Responsabilidade Técnica junto ao Conselho Profissional.					
Comprovante de realização de serviço de sanitização de ambientes, por empresa que possua Alvará Sanitário.					
Comprovante da destinação final das embalagens dos agrotóxicos.					

OBS:

1– A Autoridade de Saúde, no exercício de suas atribuições, poderá exigir além dos itens relacionados nesse roteiro, outros que se fizerem necessários para garantia da Saúde Pública, bem como que constarem em normas aplicáveis ao caso; 2– Este roteiro poderá ser revisto, sempre que necessário, de acordo com as determinações da Autoridade de Saúde.



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Data do preenchimento do Roteiro de 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-mail: _____

Telefone: _____

Nome completo do Responsável Técnico: _____

e-mail: _____

Telefone: _____

Assinatura do Proprietário

Assinatura do Responsável Técnico