



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ROTEIRO DE AUTO-INSPEÇÃO PARA COMÉRCIO VAREJISTA DE PRODUTOS PARA SAÚDE

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).

1. ÁREA FÍSICA	S	N	NA	CF	Enquadramento Legal Lei 6.514/77 e Port. MTE 3.214/78 (NRs)
1.1. As áreas se encontram em bom estado de conservação e higiene?					NR 8: 8.3
1.2. Boas condições de circulação entre as áreas, afastando riscos de acidentes?					NR 12: 12.12
1.3. A ventilação e a iluminação são suficientes?					NR 17: 17.5.3
1.4. O estabelecimento possui sistema de combate a incêndio?					NR 23: 23.1.1
1.5. Possui sistema de exaustão, ventilação ou climatização?					Port. MS 3523/98, art.5º.
1.6. - Os produtos possuem registro e/ou notificação no Ministério da Saúde e rotulagem adequada?					Lei Fed. 6360/76, art. 2º
1.7 Os equipamentos médicos, possuem, no mínimo, as seguintes informações de rotulagem: a) identificação do fabricante (nome ou marca); b) identificação do equipamento (nome e modelo comercial); c) número de série do equipamento; d) número de registro do equipamento na ANVISA.					RDC 185/01, Art. 4º.
2.DEPÓSITO	S	N	NA	CF	



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

2.1. - Prateleiras ou estrados que possibilitem fácil higienização do piso.					
3. INSTALAÇÕES SANITÁRIAS	S	N	NA	CF	NR 24
3.1. A empresa dispõe de banheiros e vestiários em número suficiente?					24.1.3, 24.1.9, 24.1.26, f
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?					
4. DOCUMENTOS	S	N	NA	CF	
4.1. Possui o alvará dos bombeiros?					Decr. Est. 4909/94
4.2. - Registro de limpeza do sistema de climatização ou PMOC, quando acima de 60.000 BTUs					Portaria 3.523/98
4.3. A Empresa Possui PCMSO adequado à norma e atualizado?					NR 7: 7.1.1
4.4. A empresa estabeleceu o PPRA					NR 9: 9.1.1

OBS:

1– A 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 constarem 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: _____