



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ROTEIRO DE AUTO-INSPEÇÃO PARA COMÉRCIO DE PRODUTOS CONGELADOS

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
Pisos, paredes e teto (liso, lavável e íntegro)					Decreto Estadual 31455/87
					Art. 94 § 1º (o)
Ventilação suficiente					Art. 94 § 1º (i)
Iluminação suficiente					Art. 94 § 1º (j)
Fiação elétrica protegida					Port. 3.214/78 - NR 10
Possui armários de uso para a guarda dos pertences dos funcionários					Art. 94 § 1º (d)
Instalações sanitárias com lavatório, sabonete líquido neutro, papel toalha e lixeira acionada sem o uso das mãos					Art. 94 § 1º (d)
Janelas e exaustores com tela milimétrica					Art. 94 § 1º (n)
Equipamentos, móveis e utensílios: condições gerais de conservação e higiene					Art. 86
Produtos mantidos na temperatura indicada pelo fabricante					Art. 23
Os produtos expostos à comercialização possuem procedência, embalagem íntegra com data de fabricação e prazo de validade					Art. 9º III, 194, 203
Os produtos do depósito estão dentro do prazo de validade?					Art. 96 IV
Estrados/prateleiras a 30 cm do chão					Art. 92 § 1º
Ambiente livre de materiais em desuso ou estranhos a atividade					Art. 96 VIII
Proteção das máquinas contra acidentes					Port. 3.514/78 - NR 12
Saneantes (identificados, com registro no MS e armazenados em local separado dos alimentos)					Art. 14 § 3º, 96



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

Somente expor à venda ou ao consumo produtos em perfeito estado de conservação e que obedecem às disposições da legislação federal e estadual vigentes, relativas ao registro, à rotulagem e padrões de identidade de qualidade.					
Resíduos sólidos acondicionados em embalagens plásticas devidamente fechadas em local limpo e com frequente manutenção					
Local para o acondicionamento do lixo junto ao alinhamento frontal, não obstruindo o passeio público					
Possui contentores com tampa e rodas diferenciados por cores de acordo com o tipo de lixo.					
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.					
Utilização dos serviços de coleta do município					
Equipamento de proteção individual					
Ligado à rede pública de coleta					
Verificar manutenção e localização da cx gordura					
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	S	N	NA	CF	ENQUADRAMENTO LEGAL
Certificado de participação em Treinamento de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos					
Manual de boas práticas de manipulação					RDC 216 item 4.11.1
Alvará dos fornecedores					
Registro de limpeza da caixa de água semestral (executado por empresa com Alvará Sanitário – vigente). Guardar cópia do Alvará Sanitário juntamente com o certificado.					
Certificado de desinsetização e desratização (executado por empresa com Alvará Sanitário – vigente). Guardar cópia do Alvará Sanitário juntamente com o certificado.					

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 do SUAS: ____/____/____.

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: _____



PREFEITURA DE
CAIBI
Cuidando do presente, preparando o futuro

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

Telefone: _____

Nome completo do Responsável Técnico: _____

e-mail: _____

Telefone: _____

Assinatura do Proprietário

Assinatura do Responsável Técnico