

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ROTEIRO DE AUTO-INSPEÇÃO SANITÁRIA PARA CENTRO DE FORMAÇÃO DE CONDUTORES

Processo nº _____ / _____

Razão Social:		
Nome Fantasia:		
CNPJ:		
Nº total de colaboradores no estabelecimento:	Nº de homens:	Nº 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).

ÁREA FÍSICA	S	N	NA	CF	Enquadramento Legal
Espaço suficiente e condições de conforto para desenvolver as atividades					Portaria n. 3.214/78, NR 8, NR 10, NR 17, NR 24, NBR 9077 e NBR 9050
Local com Ventilação Natural e Climatizado					
Pisos, Teto, Paredes ou divisórias em perfeito estado de conservação					
Instalação elétrica com disjuntores/tomadas protegidas e sem partes vivas expostas					
Local próprio para a guarda dos produtos e materiais de limpeza					
Possui armário exclusivo para guarda dos pertences dos funcionários					
O estabelecimento possui uma copa, em área totalmente isolada das demais áreas, com ponto de água e em boas condições de limpeza e higiene (refrigeração e aquecimento de alimentos)					
Instalações sanitárias, separadas por sexo, com lavatório provido de sabonete líquido neutro, papel toalha e lixeira acionada sem o uso das mãos.					
As escadas possuem corrimão para apoio					
O espaço físico oferece algum risco adicional à saúde do trabalhador. Quais:					

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Prateleiras, equipamentos, móveis e utensílios: condições gerais de conservação e higiene					Decreto Estadual 30.436/86
Ambiente livre de materiais estranhos ou em desuso					
O edifício é adaptado para o atendimento dos alunos portadores de necessidades especiais					
Paredes internas e externas lisas, sem saliências contundentes, cores claras e foscas.					
Equipamentos e instalações para extinção de incêndios					
Bebedouros na proporção 1 para 50 alunos					
Salas de aula com ventilação e iluminação satisfatórias					
Salas de aula com cestos coletores de papéis					

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	S	N	NA	CF	Enquadramento Legal
Possui reservatório- Cisterna() Caixa d'água ()					Decreto Estadual nº 24.981/85
Sistema público de abastecimento					
Ponteira/Poço com Tratamento					

SISTEMA DE ESGOTO	S	N	NA	CF	Enquadramento Legal
Fossa, filtro e sumidouro/clorador					NBR 7229 e 13969, Lei Federal nº 11.445/2007
Ligado à rede pública de coleta					

ACONDICIONAMENTO E DESTINO DO LIXO	S	N	NA	CF	Enquadramento Legal
Local para o acondicionamento do lixo junto ao alinhamento frontal, não obstruindo o passeio público.					
Resíduos sólidos acondicionados em embalagens plásticas devidamente fechadas em local limpo e com frequente manutenção.					
O tempo de permanência dos contentores nos logradouros públicos deverá ser próximo do horário de coleta.					
Utilização dos serviços de coleta do município.					

DOCUMENTOS	S	N	NA	CF	Enquadramento Legal
Registro de limpeza da caixa de água a cada 6 meses					Decreto Estadual nº 24.980/1985, art. 34

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

Registro de limpeza do sistema de climatização ou PMOC, quando acima de 60.000 BTUs com Anotação de -Responsabilidade Técnica (ART) referente ao Programa de Manutenção, Operação e Controle (PMOC).					Portaria 3.523/98
Alvará do Corpo dos Bombeiros					Decreto Estadual nº 4.909/94 e NSCI/94
Habite-se Sanitário					Lei Estadual nº 6.320/1983, art. 25 e Decreto Estadual nº 24.980, art. 68
Certificados de desinsetização e desratização (executado por empresa com Alvará Sanitário). Guardar/Apresentar cópia do Alvará Sanitário juntamente com o certificado.					RDC nº 52/09

Observações (preenchimento pelo estabelecimento, se necessário):

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-mail: _____

Telefone: _____

Assinatura do Proprietário