

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ROTEIRO DE AUTO-INSPEÇÃO SANITÁRIA PARA CINEMA / AUDITÓRIO / TEATRO

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 Iluminação Suficiente | | | | | |
| 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. | | | | | |
| Estrutura de trabalho ergonômica e confortável | | | | | |
| 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 | | | | | |
| Ambiente livre de materiais estranhos ou em desuso | | | | | |
| Possui Serviço de Alimentação – Bar, lanchonete, restaurante | | | | | Ver Roteiro Específico |

| 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. | | | | | Lei Federal nº 12.305/10 |
| 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 |
|--|----------|----------|-----------|-----------|--|
| Possui Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) | | | | | NR 7 |
| Possui Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) | | | | | NR 9 |
| Registro de limpeza da caixa de água a cada 6 meses | | | | | Decreto Estadual nº 24.980/1985, art. 34 |
| 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 |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| Certificado de Tratamento Acústico emitido pela Fundação Municipal de Meio Ambiente | | | | | Lei Est. 6320/83, art. 45 |
| 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