**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO ROTEIRO DE AUTO-INSPEÇÃO**

1. O preenchimento deste Roteiro de Auto-inspeção é item OBRIGATÓRIO na requisição de alvará sanitário junto à unidade do Pró-cidadão, seja para fins de concessão ou revalidação do documento.
2. Deve preencher este Roteiro o responsável pelo estabelecimento e/ou trabalhador que realize atividade no local, que conheça suas rotinas e tenha ciência do que tratam os itens assinalados.
3. Para cada item enumerado no roteiro, poderão ser marcadas as opções “S” (Sim), “N” (Não) ou “NA” (Não se aplica à atividade desenvolvida). O item “CF” (Conformidade) NÃO deverá ser assinalado pelo requerente, podendo ser preenchido pela autoridade sanitária no momento da inspeção.
4. O Roteiro deve ser preenchido com CANETA esferográfica preta ou azul, sendo que é obrigatório o preenchimento de TODOS os itens para que este seja válido.
5. Os DOCUMENTOS assinalados no Roteiro com a opção “SIM” devem estar disponíveis no estabelecimento para a conferência e análise da autoridade de saúde sempre que necessário.
6. Terminado o preenchimento do Roteiro, é obrigatória a ASSINATURA do requerente no campo “Assinatura do proprietário e/ou responsável”, que consta no final deste documento.
7. O requerente deve estar ciente de que as informações aqui prestadas por ele são presumidas como verdadeiras e que o preenchimento deste roteiro com informações falsas constitui infração sanitária, estando sujeito às sanções cabíveis.
8. Os estabelecimentos e seus responsáveis estarão sujeitos às penalidades previstas na Lei Complementar nº 239/2006, sem prejuízo das demais sanções previstas na Legislação Estadual e Federal vigentes, quando constatado o preenchimento do Roteiro de Auto-Inspeção com informações NÃO condizentes com a realidade verificada pela autoridade de saúde nas inspeções sanitárias presenciais efetuadas (artigo 6º, Decreto Municipal 13025 de 29 de abril de 2014).
9. A constatação de infração sanitária pela autoridade de saúde, apontada falsamente como "em conformidade" no Roteiro de Auto-Inspeção apresentado no processo, caracteriza a circunstância agravante constante no art. 128, VI, da Lei Complementar nº 239/2006, salvo prova em contrário (Parágrafo Único do artigo 6º, Decreto Municipal 13025 de 29 de abril de 2014).

**ROTEIRO DE AUTO-INSPEÇÃO PARA LABORATÓRIO PRÓTESES AUDITIVAS**

**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** |
|  |  |  |  |  |  |
| O estabelecimento apresenta entrada exclusiva, sem ligação com residências. |  |  |  |  | Lei Complementar municipal nº 239 de 2006 |
| Iluminação e ventilação satisfatórias |  |  |  |  | Lei Complementar municipal nº 239 de 2006 |
| Teto, piso e paredes de material liso, impermeável, resistente, de fácil higienização e preferencialmente de cor clara |  |  |  |  | Lei Complementar municipal nº 239 de 2006 |
| Instalações limpas e bem conservadas |  |  |  |  | Lei Complementar municipal nº 239 de 2006 |
| Instalação sanitária com lavatório, papel toalha descartável, sabonete líquido e lixeira com tampa acionada sem contato manual |  |  |  |  | Lei Complementar municipal nº 239 de 2006 |
| Local para refeições organizado, limpo e separado dos demais ambientes |  |  |  |  | Lei Complementar municipal nº 239 de 2006 |
| Local p/ guarda dos pertences dos funcionários |  |  |  |  | Lei Complementar municipal nº 239 de 2006 |
| Sistema de combate a incêndio |  |  |  |  | Lei Complementar municipal nº 239 de 2006 |
| Possui os equipamentos necessários para execução das atividades |  |  |  |  | Lei Complementar municipal nº 239 de 2006 |
| Alvará sanitário fixado em local visível ao público |  |  |  |  | Lei Complementar municipal nº 239 de 2006 |
| Profissional legalmente habilitado para exercer responsabilidade técnica |  |  |  |  | Lei Complementar municipal nº 239 de 2006 |
| Documentações arquivadas referentes ao licenciamento dos laboratórios terceirizados |  |  |  |  | Lei Complementar municipal nº 239 de 2006 |
| Equipamento de Proteção Individual disponível para todos os funcionários e colaboradores. |  |  |  |  | NR-6 |
|  |  |  |  |  |  |
| **DOCUMENTAÇÃO** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Alvará de funcionamento emitido pela Prefeitura Municipal |  |  |  |  | Lei Complementar municipal nº 239 de 2006 |
| Certidão de responsabilidade técnica emitada pela respectivo conselho de classe |  |  |  |  | Lei Complementar municipal nº 239 de 2006 |
| Registro da limpeza da caixa de água |  |  |  |  | RDC 52/10 ANVISA |
| Registro da manutenção e limpeza do sistema de climatização ou PMOC (acima de 60.000 BTUs) |  |  |  |  | Portaria nº 3523/98 |
| Comprovação de manutenção dos equipamentos (de acordo com as instruções do fabricante) |  |  |  |  | Lei Complementar municipal nº 239 de 2006 |
| Manual de Boas Práticas  |  |  |  |  | Lei Complementar municipal nº 239 de 2006 |
| Programa de prevenção e combate de vetores |  |  |  |  | RDC 52/10 ANVISA |
| Atestado de vistoria aprovado pelo Corpo de Bombeiro |  |  |  |  | Lei Complementar municipal nº 239 de 2006 |
| Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS) |  |  |  |  | RDC 306/04 ANVISA |
| Possui Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) |  |  |  |  | NR-7 |
| Atestado de saúde dos colaboradores conforme o PCMSO |  |  |  |  | NR-7 |
| Possui Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) |  |  |  |  | NR-9 |

**OBS:**

1. – 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 constam 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:** |  |

A ser preenchido pelo fiscal no momento da(s) vistoria(s):

**Observações:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data vistoria:****\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** | **Data vistoria:****\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** | **Data vistoria:****\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** |
| **Responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:** | **Responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:** | **Responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:** |
| **Assinatura do responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:** | **Assinatura do responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:** | **Assinatura do responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:** |
| **Fiscais responsáveis pela vistoria:** | **Fiscais responsáveis pela vistoria:** | **Fiscais responsáveis pela vistoria:** |
| **Parecer da fiscalização:** | **Parecer da fiscalização:** | **Parecer da fiscalização:** |