**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO**

1. O preenchimento deste Roteiro de Autoinspeção 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 Autoinspeção 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 Autoinspeção 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 AUTOINSPEÇÃO PARA FABRICAÇÃO DE ARTIGOS ÓPTICOS**

**COD.: .3250-7/07**

**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 é de alvenaria |  |  |  |  | Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC |
| Iluminação e ventilação satisfatórias |  |  |  |  | Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC |
| Teto, piso e paredes de material liso, impermeável, resistente, de fácil higienização e preferencialmente de cor clara |  |  |  |  | Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC |
| Instalações limpas e bem conservadas |  |  |  |  | Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC |
| Instalação sanitária com lavatório, papel toalha descartável, sabonete líquido e lixeira com tampa acionada sem contato manual |  |  |  |  | Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC |
| Local para refeições organizado, limpo e separado dos demais ambientes |  |  |  |  | Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC |
| Local p/ guarda dos pertences dos funcionários |  |  |  |  | Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC |
| Sistema de combate a incêndio |  |  |  |  | Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC |
| Possui os equipamentos necessários para confecção de lentes |  |  |  |  | Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC |
| Alvará sanitário fixado em local visível ao público |  |  |  |  | Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC |
| Óptico p/ assistência e responsabilidade técnica (RT) |  |  |  |  | Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC |
| RT presente em todo horário de funcionamento do estabelecimento |  |  |  |  | Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC |
| Documentações arquivadas referentes ao licenciamento das óticas para quem tercerizam as lentes |  |  |  |  | Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC |
|  |  |  |  |  |  |
| **DOCUMENTAÇÃO** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Certidão de inclusão de responsabilidade técnica emitida pela VISA municipal |  |  |  |  | Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC |
| Registro da limpeza da caixa de água |  |  |  |  |  |
| Programa de Manutenção, Operação e Controle (PMOC) do sistema de climatização (para sistema com capacidade acima de 60.000 BTU/H) com Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) referente ao Programa de Manutenção, Operação e Controle (PMOC). |  |  |  |  | Portaria 3523/98 MS, Art. 6º, alínea a |
| Registro da manutenção e limpeza do equipamento de ar condicionado (para sistema com capacidade abaixo de 60.000 BTU/H). |  |  |  |  | Portaria 3523/98 MS, Art 5º |
| Comprovação de manutenção dos equipamentos (de acordo com as instruções do fabricante) |  |  |  |  | Resolução nº 001/DIVS/2011 de SC |
| Manual de Boas Práticas de Fabricação |  |  |  |  |  |
| Programa de prevenção e combate de vetores |  |  |  |  |  |
| Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos (PGR) |  |  |  |  |  |
| Possui Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) |  |  |  |  |  |
| Atestado de saúde dos colaboradores conforme o PCMSO |  |  |  |  |  |
| Possui Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) |  |  |  |  |  |
| Atividades desenvolvidas conferem com DAM? |  |  |  |  | Decreto Municipal 8543/10 |

**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:** |