



ROTEIRO DE AUTO-INSPEÇÃO PARA CONSULTÓRIO DE NUTRIÇÃO

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
1-ÁREA FÍSICA E DOCUMENTOS					
Lavatório instalado no consultório, provido de dispensador de sabonete líquido e toalhas descartáveis?					B.4 da RDC 50/02
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
Sistema de ventilação artificial e/ou natural suficiente?					1.2.1.2.3 da RDC 50/02
Condições adequadas de higiene e limpeza?					8.6 da RDC 50/02
Certificado de realização de desinsetização e desratização atualizado e emitido por empresa habilitada?					RDC 63/2011
Local específico para a guarda de material de limpeza?					8.2 da RDC 50/02
Lixeiras providas de tampa e acionadas sem o contato manual?					1.2.2 RDC306/04
Certificado de realização de limpeza e desinfecção do reservatório d'água emitido por empresa habilitada?					RDC 63/2011
Certidão de Regularidade Cadastral atualizada e emitida pelo respectivo Conselho de Classe?					Art. 2 do Decreto nº 77.052/76 c/c Art. 31 da RDC 63/2011

OBS:

Departamento de Vigilância Sanitária

Avenida Porto Feliz, nº 342, Centro – Mondai – Santa Catarina - CEP: 89893-000

Telefones: (49) 3674-3157 e (49) 98872-6933 – E-mail: visadivisao@mondai.sc.gov.br; vigilancia@mondai.sc.gov.br



**ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MONDAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**



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:

Departamento de Vigilância Sanitária

Avenida Porto Feliz, nº 342, Centro – Mondai – Santa Catarina - CEP: 89893-000

Telefones: (49) 3674-3157 e (49) 98872-6933 – E-mail: visadivisao@mondai.sc.gov.br; vigilancia@mondai.sc.gov.br