



ROTEIRO DE AUTO-INSPEÇÃO PARA LABORATÓRIO ÓPTICO

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).

ESTRUTURA FÍSICA	S	N	NA	CF	ENQUADRAMENTO LEGAL
A área física (piso, teto e paredes) é de material liso, lavável, impermeável e resistente ao processo de higienização e preferencialmente de cor clara?					Art. 9º § 1 do Decreto Estadual 992/2016
As áreas são ventiladas e têm boa iluminação, mantendo as aberturas protegidas contra a entrada de insetos e roedores?					Art. 9º § 2 do Decreto Estadual 992/2016
Caso o estabelecimento possua área para lanche, esta é segregada das demais áreas?					Art. 9º § 3 do Decreto Estadual 992/2016
As instalações sanitárias possuem lavatório com água corrente, sabonete líquido, dispositivo de secagem individual das mãos e lixeiras com tampa de acionamento sem contato manual? Obs.: estão dispensados aqueles localizados em centros comerciais ou similares que possuam instalações sanitárias coletivas.					Art. 9º § 4 e § 7 do Decreto Estadual 992/2016
DOCUMENTOS	S	N	NA	CF	ENQUADRAMENTO LEGAL
Possui óptico responsável habilitado e registrado na Vigilância Sanitária?					Art. 5ª da Lei Estadual 16958 c/c Art. 6º do Decreto Estadual 992/2016
Possuem documentações referentes ao licenciamento das óticas para quem terceirizam as lentes?					Art. 13 do Decreto Estadual 992/2016
Possui comprovante de limpeza e desinfecção da caixa d'água?					Art. 9º § 5 do Decreto Estadual 992/2016
Possui comprovante de desinsetização/desratização?					Art. 9º § 5 do Decreto Estadual 992/2016

Observações (preenchimento pelo estabelecimento, se necessário):

Departamento de Vigilância Sanitária

Avenida Porto Feliz, nº 342, Centro – Mondaí – 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



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:
