**ESTADO DE SANTA CATARINA**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CERRO NEGRO-SC**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA** *SALÕES DE BELEZA, CABELEIREIRO, MANICURE E PEDICURE*

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA** | |
| RAZÃO SOCIAL: | |
| CNPJ: | |
| NOME DE FANTASIA: | |
| REPRESENTANTE LEGAL: | CPF: |
| ENDEREÇO: | TELEFONE |

**Legenda:** **S** – Sim; **N** – Não; **NA** – Não se aplica à atividade desenvolvida; **CF** – Conformidade (preenchido pelo fiscal no momento da inspeção).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AVALIAÇÃO** | **S** | **N** | **NA** | **CF** | **ENQUADRAMENTO** |
| **ESTRUTURA FÍSICA** |  |  |  |  |  |
| Pisos, teto e paredes laváveis, impermeáveis e de cor clara? |  |  |  |  | Artigo 4º II IN 004/DIVS/2013 |
| As superfícies são impermeáveis, lisas e isentas de umidade? |  |  |  |  | Artigo 8º II IN 004/DIVS/2013 |
| A ventilação e iluminação do estabelecimento são adequadas às atividades? |  |  |  |  | Artigo 4º IX IN 004/DIVS/2013 |
| O sanitário possui lavatório com água corrente, toalha descartável, sabonete líquido, lixeira com tampa e acionamento sem contato manual e com saco coletor? |  |  |  |  | Artigo 4º X IN 004/DIVS/2013 |
| Possui sala privativa para tratamento estético (ex: massagem, depilação ). |  |  |  |  | Anexo I IN 004/DIVS/2013 |
| Possui lavatório com água, toalha descartável, sabonete líquido, lixeira com tampa e acionamento sem o uso das mãos nas salas de procedimentos (depilação, massagem) exclusivo para a higiene de mãos? |  |  |  |  | Artigo 4º VII IN 004/DIVS/2013 |
| O armazenamento de produtos, materiais e equipamentos é efetuado em prateleiras e/ou armários constituídos de material impermeável, liso e isentos de umidade? |  |  |  |  | Anexo I IN 004/DIVS/2013 |
| As camas e cadeiras possuem revestimento impermeável, e são utilizados lençóis descartáveis ou de uso individual após o uso de cada cliente? |  |  |  |  | Artigo 10 VII IN 004/DIVS/2013 |
| Possui local específico para armazenamento de materiais de limpeza? |  |  |  |  | Artigo 4º III IN 004/DIVS/2013 |
| Possui armários individuais para a guarda dos pertences pessoais? |  |  |  |  | Artigo 4º IV IN 004/DIVS/2013 |
| Possui bebedouro com água potável para clientela e profissionais? |  |  |  |  | Artigo 4º VI IN 004/DIVS/2013 |
| O estabelecimento está organizado e limpo na sua totalidade? |  |  |  |  | Anexo I IN 004/DIVS/2013 |
| **PROFISSIONAL** |  |  |  |  |  |
| 2.1 Possuem certificado de qualificação profissional (diplomas e/ou certificados registrados)? |  |  |  |  | Artigo 9º II IN 004/DIVS/2013 |
| 2.2 Manicures e pedicures possuem os comprovantes do esquema vacinal (Tétano, Difteria e Hepatite B)? |  |  |  |  | Artigo 9º I IN 004/DIVS/2013 |
| 2.3 Higienizam as mãos antes e após o atendimento de cada cliente e sempre que necessário? |  |  |  |  | Artigo 9º IV IN 004/DIVS/2013 |
| 2.4 Os profissionais utilizam uniforme específico para o trabalho? |  |  |  |  | Artigo 9º III IN 004/DIVS/2013 |
| 2.5 Utilizam os EPI’s em suas atividades que entram em contato com sangue, secreções, tecido humano (luvas, máscaras e aventais)? |  |  |  |  | Artigo 9º III IN 004/DIVS/2013 |
| 2.6 Não atende cliente com lesão aparente (pele, unha, couro cabeludo, entre outros)? |  |  |  |  | Lei Estadual 6.320/83, Art. 12; LCM 239/06, Art. 49 |
| **DOS PROCEDIMENTOS** |  |  |  |  |  |
| Os equipamentos e produtos utilizados possuem registro/notificação no MS/ANVISA? (observar autoclave, cosméticos, saneantes, cera de depilação) |  |  |  |  | Artigo 8º I IN 004/DIVS/2013 |
| Os produtos estão no prazo de validade? |  |  |  |  | Lei Est. 6.320/83, Art. 12; LCM 239/06, Art. 130, XIX |
| Todos os produtos, incluindo os importados possuem rotulagem que atende a legislação específica? |  |  |  |  | Anexo I IN 004/DIVS/2013 |
| Tem conhecimento da legislação de cosméticos com formol (Res. ANVISA 162/01 e Res. ANVISA 79/00)? |  |  |  |  | Res. ANVISA 162/01 e Res. ANVISA 79/00 |
| Possuem área específica de limpeza, desinfecção e esterilização de instrumentos e materiais com ponto de água exclusiva e bancada? |  |  |  |  | Manual de Processamento de Artigos e Superfícies MS/02 |
| Fazem limpeza e descontaminação dos equipamentos de uso individuais (pentes, escovas, tesouras, toalhas)? |  |  |  |  | Artigo10 I IN 004/DIVS/2013 |
| Fazem esterilização dos materiais que entram em contato com o sangue em autoclave (alicates, palitos metálicos, espátulas, pinças, etc.)? |  |  |  |  | Artigo 10 II IN 004/DIVS/2013 |
| Realizam teste biológico do aparelho de autoclave? |  |  |  |  | Artigo 10 II IN 004/DIVS/2013 |
| Possuem registros atualizados que comprovem a validação do teste realizado mensalmente? |  |  |  |  | Artigo 10 II IN 004/DIVS/2013 |
| Realiza manutenção preventiva/corretiva do equipamento de esterilização a cada 6 meses e mantém registro? |  |  |  |  | Artigo 10 V IN 004/DIVS/2013 |
| Utilizam lixas, lâminas de barbear e palitos descartáveis? |  |  |  |  | Artigo 10 VI IN 004/DIVS/2013 |
| As cubas para imersão de pés e mãos são descartáveis ou protegidas com material impermeável, liso e isento de umidade? |  |  |  |  | Artigo 10 VI IN 004/DIVS/2013 |
| Possui material e utensílios em número suficiente para atender a clientela, impedindo que os mesmos sejam reutilizados sem a devida higienização/esterilização? |  |  |  |  | Anexo I IN 004/DIVS/2013 |
| Utilização dos serviços de coleta do município |  |  |  |  | Art. 43 LCM 239/06 |
| **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS** | **S** | **N** | **NA** | **CF** | **ENQUADRAMENTO LEGAL** |
| Comprovante de limpeza e desinfecção da caixa d’água e cisternas, dentro da validade? |  |  |  |  | Artigo 6º IN 004/DIVS/2013 |
| Comprovante do esquema vacinal das manicures (Tétano, Difteria e Hepatite B)? |  |  |  |  | Artigo 9º I IN 004/DIVS/2013 |
| Comprovantes de validação do teste biológico realizado em autoclave? |  |  |  |  | Artigo 10 II IN 004/DIVS/2013 |
| Comprovante de manutenção preventiva/corretiva do equipamento de autoclave? |  |  |  |  | Artigo 10 V IN 004/DIVS/2013 |

|  |  |
| --- | --- |
| **RESPONSÁVEIS PELA INSPEÇÃO** | |
| Nome e matricula responsável pela inspeção: | Assinatura: |

|  |  |
| --- | --- |
| **RESPONSÁVEIS PELO ESTABELCIMENTO** | |
| Nome do responsável pelo estabelecimento: | Assinatura: |

\*A Autoridade Sanitária Fiscalizadora, 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 os que constam em normas aplicáveis ao caso;

\* Este roteiro poderá ser revisto, sempre que necessário, de acordo com as determinações da Autoridade Sanitária Fiscalizadora e por atualização de legislações vigentes

Cerro Negro \_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_, de 20\_\_.