**ESTADO DE SANTA CATARINA**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CERRO NEGRO-SC**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA** *ATIVIDADE DE TABACARIA*

|  |
| --- |
| **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** |
| Espaço suficiente e condições de conforto para desenvolver as atividades |  |  |  |  |  |
| Local com Iluminação Suficiente |  |  |  |  |  |
| Local com Ventilação Natural e Climatizado |  |  |  |  |  |
| Pisos, Teto, Paredes ou divisórias em perfeito estado de conservação |  |  |  |  |  |
| Instalação elétrica com disjuntores/tomadas protegidas e sem partes vivas expostas |  |  |  |  |  |
| Local próprio para a guarda dos produtos e materiais de limpeza |  |  |  |  |  |
| Instalações sanitárias com lavatório provido de sabonete líquido neutro, papel toalha e lixeira acionada sem o uso das mãos |  |  |  |  |  |
| Estrutura de trabalho ergonômica e confortável |  |  |  |  |  |
| Prateleiras, equipamentos, móveis e utensílios: condições gerais de conservação e higiene |  |  |  |  |  |
| Ambiente livre de materiais estranhos ou em desuso |  |  |  |  |  |
| Resíduos sólidos acondicionados em embalagens plásticas devidamente fechadas em local limpo |  |  |  |  |  |
| **ABASTECIMENTO DE ÁGUA** |  |  |  |  |  |
| Sistema público de abastecimento |  |  |  |  |  |
| Possui caixa d’água |  |  |  |  |  |
| **SISTEMA DE ESGOTO** |  |  |  |  |  |
| Fossa, filtro e sumidouro |  |  |  |  |  |
| Ligado à rede pública de coleta |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **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\_\_.