



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAUDE

ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO - 61

CNAE	ATIVIDADE
4687-7/03	COMÉRCIO ATACADISTA DE RESÍDUOS E SUCATAS METÁLICOS

REVISÃO 00

Razão Social:		
Nome Fantasia:		
CNPJ:		
Representante Legal:	CPF:	
Endereço:	Fone:	e-mail:

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
Adotam medidas de controle permanente que impeçam a proliferação dos mosquitos <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> ?					Art. 1º e 2º da Lei Estadual 15.243/2010.
Os resíduos são mantidos em local coberto de modo a impedir o acúmulo de água e a existência de locais propícios à proliferação dos mosquitos <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> ?					Art. 1º e 2º da Lei Estadual 15.243/2010.
ÁREA FÍSICA E INSTALAÇÕES					
A área física e as instalações estão em bom estado de conservação e limpeza?					Art. 25 da Lei Estadual 6.320/83
Existem banheiros para os funcionários?					Portaria Nº 1.066/2019 - Item 24.2 da Norma Regulamentadora nº 24 (NR-24)
Os banheiros são dotados de lixeira com tampa e acionamento sem contato manual, sabonete líquido e papel toalha?					Portaria Nº 1.066/2019 -Item 24.3.4 da Norma Regulamentadora nº 24 (NR-24)
Existe fornecimento de água potável para os funcionários?					Portaria Nº 1.066/2019 - Item 24.9.1 da Norma Regulamentadora nº 24 (NR-24)
DOCUMENTOS					
Possui Licença Ambiental de Operação – LAO?					Resolução CONAMA 237/1997



**GOVERNO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAUDE**

OBS:

- 1.– 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;
- 2.– Este roteiro poderá ser revisto, sempre que necessário, de acordo com as determinações da Autoridade Sanitária Fiscalizadora e por atualização de legislações vigentes.

Data do preenchimento do Roteiro de Auto Inspeção: ____/____/____.

AUTODECLARAÇÃO

Declaro estar ciente das normas sanitárias vigentes para a atividade pretendida e me comprometo ao cumprimento das mesmas, assegurando a qualidade dos produtos e/ou serviços oferecidos. Declaro ainda, 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.

Assinatura Representante Legal

CPF