



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

**ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO Nº 72**

**REVISÃO 00**

<b>CNAE</b>	<b>ATIVIDADE</b>
9491-0/00	Atividades de organizações religiosas ou filosóficas

Estabelecimento:	
Representante Legal:	
Responsável Técnico:	Setor:
Responsável Técnico:	Setor:
CNPJ/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.

<b>ÁREA FÍSICA E INSTALAÇÕES</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>CF*</b>	<b>ENQUADRAMENTO LEGAL</b>
Os banheiros encontram-se limpos e higienizados? Dispõe de toalha descartável para a secagem das mãos, lixeira com tampa de acionamento sem contato manual e sabonete líquido para a lavagem das mãos?					Art. 12 da Lei Estadual 6.320/83.
Esta conectado com a rede pública de coleta de esgoto, e/ou utiliza fossa/sumi-douro/filtro ou outro sistema aprovado pelos órgãos competentes na inexistência da rede pública?					Art. 45 caput da Lei Fed. 11.445/2007; c/c Art. 41 da Lei Est. 6.320/1983.
Os locais reservados ao público, estão limpos e higienizados?					Art. 69 da Lei Municipal 6.822/2016.
<b>DOCUMENTOS</b>					<b>Enquadramento Legal</b>
Possui Licença do Corpo de Bombeiros.					Art. 41 inciso VI da Lei Municipal 6.822/2016.

**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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.**



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

**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

---

Assinatura Responsável Técnico

---

Nº de inscrição do respectivo Conselho de Classe