



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

**ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO Nº88**

**REVISÃO 00**

<b>CNAE</b>	<b>ATIVIDADE</b>
4649-4/99	Comércio atacadista de outros equipamentos e artigos de uso pessoal e doméstico que entram em contato direto com alimentos

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).

<b>ITENS NECESSÁRIOS</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>CF</b>	<b>ENQUADRAMENTO LEGAL</b>
<b>1. ÁREA FÍSICA</b>					
As áreas de armazenamento estão limpas e secas?					Art. 12 e 25 "caput" da Lei Estadual 6320/1983.
Os pisos, paredes e tetos são de fácil limpeza, material resistente e em bom estado de conservação?					Art. 12 e 25 "caput" da Lei Estadual 6320/1983.
Os produtos estão isolados do piso e afastados das paredes, para facilitar a limpeza e conservação?					Art. 12 e 25 "caput" da Lei Estadual 6320/1983.
As áreas de depósito possuem capacidades suficientes?					Art. 12 e 25 "caput" da Lei Estadual 6320/1983.
O estabelecimento realiza controle de pragas?					Art. 12 e 25 "caput" da Lei Estadual 6320/1983.
<b>2. PRODUTOS</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>CF</b>	
Os produtos estão acondicionados, protegidos de poeiras, sujeiras entre outras contaminações?					Art. 12 e 25 "caput" da Lei Estadual 6320/1983.
O comércio atacadista mantém documentos que comprovem que as embalagens são seguras para serem utilizadas em contato direto com alimentos, tais como: ensaios de migração, alvará do fornecedor, entre outros?					Art. 12 e 25 "caput" da Lei Estadual 6320/1983. item 3 do anexo da RDC 91/2001 da ANVISA

**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 SAÚDE**

**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