**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO**

1. O preenchimento deste Roteiro de Autoinspeção é item OBRIGATÓRIO na requisição de alvará sanitário junto à unidade do Pró-cidadão, seja para fins de concessão ou revalidação do documento.
2. Deve preencher este Roteiro o responsável pelo estabelecimento e/ou trabalhador que realize atividade no local, que conheça suas rotinas e tenha ciência do que tratam os itens assinalados.
3. Para cada item enumerado no roteiro, poderão ser marcadas as opções “S” (Sim), “N” (Não) ou “NA” (Não se aplica à atividade desenvolvida). O item “CF” (Conformidade) NÃO deverá ser assinalado pelo requerente, podendo ser preenchido pela autoridade sanitária no momento da inspeção.
4. O Roteiro deve ser preenchido com CANETA esferográfica preta ou azul, sendo que é obrigatório o preenchimento de TODOS os itens para que este seja válido.
5. Os DOCUMENTOS assinalados no Roteiro com a opção “SIM” devem estar disponíveis no estabelecimento para a conferência e análise da autoridade de saúde sempre que necessário.
6. Terminado o preenchimento do Roteiro, é obrigatória a ASSINATURA do requerente no campo “Assinatura do proprietário e/ou responsável”, que consta no final deste documento.
7. O requerente deve estar ciente de que as informações aqui prestadas por ele são presumidas como verdadeiras e que o preenchimento deste roteiro com informações falsas constitui infração sanitária, estando sujeito às sanções cabíveis.
8. Os estabelecimentos e seus responsáveis estarão sujeitos às penalidades previstas na Lei Complementar nº 239/2006, sem prejuízo das demais sanções previstas na Legislação Estadual e Federal vigentes, quando constatado o preenchimento do Roteiro de Autoinspeção com informações NÃO condizentes com a realidade verificada pela autoridade de saúde nas inspeções sanitárias presenciais efetuadas (artigo 6º, Decreto Municipal 13025 de 29 de abril de 2014).
9. A constatação de infração sanitária pela autoridade de saúde, apontada falsamente como "em conformidade" no Roteiro de Autoinspeção apresentado no processo, caracteriza a circunstância agravante constante no art. 128, VI, da Lei Complementar nº 239/2006, salvo prova em contrário (Parágrafo Único do artigo 6º, Decreto Municipal 13025 de 29 de abril de 2014).

**ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO PARA ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA**

**COD.: 8650-0/04**

**Processo/Ano N° \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| Estabelecimento: |
| Proprietário/Responsável Técnico: |
| CNPJ/CPF: |
| Nº. Total de Trabalhadores no estabelecimento: ­­  | Número de Homens: | Número de Mulheres: |

**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** |
| **1-ÁREA FÍSICA** |  |  |  |  |  |
| 1.1 **-** Todos os sistemas de climatização estão em condições adequadas de uso (limpeza, manutenção, controle) |  |  |  |  | Art. 5 Portaria MS 3.523/98 |
| 1.2 - Iluminação artificial e/ou natural suficiente |  |  |  |  | Parte III 5.3 da RDC 50/02 |
| 1.3 - Sistema de ventilação artificial e/ou natural suficiente |  |  |  |  | 1.2.1.2.3 da RDC 50/02 |
| 1.4 - Condições adequadas de higiene e limpeza? |  |  |  |  | 8.6 da RDC 50/02 |
| 1.5 - Macas, rolos, almofadas e demais mobiliários são revestidos de material lavável e impermeável, não apresentando furos, rasgos, sulco e reentrâncias? |  |  |  |  | Art. 56 da RDC n. 63/11 |
| 1.6 - Os aparelhos utilizados encontram-se em bom estado de conservação e higiene e possuem registro no Ministério da Saúde? |  |  |  |  | Art, 23, IX, da RDC n. 63/11 |
| 1.7 - Utiliza lençóis descartáveis? |  |  |  |  |  |
| 1.8 - Os produtos utilizados (gel condutor, óleos e cremes de massagem) possuem registro no Ministério da Saúde? |  |  |  |  | Art. 58 da LCM 239/06 |
| 1.9 - Depósito de material de limpeza |  |  |  |  | 8.2 da RDC 50/02 |
| 1.10 - Lixeiras providas de tampa e acionadas sem o contato manual |  |  |  |  | 1.2.2 da RDC306/04 |
| 1.11 - Comprova a realização de manutenção preventiva e corretiva de aparelhos? |  |  |  |  | Art, 23, IX, da RDC n. 63/11  |
| **2 – ABASTECIMENTO DE ÁGUA**  |  |  |  |  |  |
| 2.1– Possui reservatório – Cisterna ( ) Reservatório d’água ( ) |  |  |  |  |  |
| 2.1.1- Em caso de fazer uso de reservatório d`água, realiza limpeza e desinfecção do reservatório d`água por empresa habilitada? |  |  |  |  | Art. 5 da Lei 4783/95 |
| 2.2 - Sistema público de abastecimento |  |  |  |  | Art. 12 do Dec. Est. 24.981/85 |
| 2.3. - Ponteira/Poço com Tratamento |  |  |  |  | Art. 12 do Dec. Est. 24.981/85 Art. 5, inc 7 e 14 da Port. MS 2914/11 |
| **3 - SISTEMA DE ESGOTO** |  |  |  |  |  |
| 3.1 - Fossa e sumidouro/filtro |  |  |  |  | Art. 37 da LCM 239/06 |
| 3.2 - Ligado à rede pública de coleta |  |  |  |  | Art. 37 da LCM 239/06 |
| **4- RESÍDUOS (LIXO)** |  |  |  |  |  |
| 4.1- Atende à legislação quanto à forma de apresentação do lixo para a coleta pública? |  |  |  |  | Art. 1 da LCM 113/03 |
| **5- DOCUMENTOS NECESSÁRIOS** | **S** | **N** | **NA** | **CF** | **ENQUADRAMENTO LEGAL** |
| 5.1- Carteira profissional emitida pela entidade de classe do profissional. (CREFITO) |  |  |  |  | Art. 2 do Decreto n° 77.052/76  |
| 5.2 - Certificado de limpeza de reservatório d`água emitido por empresa devidamente habilitada, no caso de fazer uso de reservatório d`água,. |  |  |  |  | Art. 3 e 4 da Lei 4783/95 |
| 5.3 - Atividades exercidas conferem com a DAM |  |  |  |  | Decreto Municipal 8543/10 |

**OBS:**

1. – Autoridade de Saúde, 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 que constam em normas aplicáveis ao caso;
2. – Este roteiro poderá ser revisto, sempre que necessário, de acordo com as determinações da Autoridade de Saúde.

**Data do preenchimento do Roteiro de Auto Inspeção: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Declaro estar ciente de 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome completo do proprietário e/ou responsável:** |  |
| **CPF do proprietário e/ou responsável:** |  |
| **Email e Telefone:** |  |
| **Assinatura do proprietário e/ou responsável:** |  |

A ser preenchido pelo fiscal no momento da(s) vistoria(s):

**Observações:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data vistoria:****\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** | **Data vistoria:****\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** | **Data vistoria:****\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** |
| **Responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:** | **Responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:** | **Responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:** |
| **Assinatura do responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:** | **Assinatura do responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:** | **Assinatura do responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:** |
| **Fiscais responsáveis pela vistoria:** | **Fiscais responsáveis pela vistoria:** | **Fiscais responsáveis pela vistoria:** |
| **Parecer da fiscalização:** | **Parecer da fiscalização:** | **Parecer da fiscalização:** |