

|                                                                                  |                                                                                                                                              |                              |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPERANTINA-PI</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b><br><b>DEVISA- DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b> |                              |  |
|                                                                                  | <b>CHECKLIST DE AUTOINSPEÇÃO SERVIÇO DE PREPARAÇÃO E VENDA DE ALIMENTOS.</b>                                                                 | <b>CÓDIGO</b><br>C.L.A - 003 |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                               |                                                                 |           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------|-----|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:</b>                                                                                                                                                      |                                                                 |           |     |
| NOME DO ESTABELECIMENTO/ FANTASIA:                                                                                                                                                            |                                                                 |           |     |
| RAZÃO SOCIAL:                                                                                                                                                                                 |                                                                 |           |     |
| ENDEREÇO:                                                                                                                                                                                     |                                                                 |           |     |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                       | BAIRRO:                                                         | CEP:      |     |
| RAMO DE NEGÓCIO:                                                                                                                                                                              |                                                                 |           |     |
| INSCRIÇÃO DO CNPJ:                                                                                                                                                                            |                                                                 |           |     |
| RESPONSÁVEL LEGAL:                                                                                                                                                                            |                                                                 |           |     |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL:                                                                                                                                                                           |                                                                 | TELEFONE: |     |
| DATA DA INSPEÇÃO:                                                                                                                                                                             |                                                                 |           |     |
| <b>Base legal:</b> Lei Federal nº 6.437/1977; Lei Federal nº 8.078/1990. (CDC): RDC ANVISA nº 216/2004; RDC ANVISA nº 275/2002; Legislação Sanitária Estadual e Código de Posturas Municipal. |                                                                 |           |     |
| <b>MOTIVO DA INSPEÇÃO:</b>                                                                                                                                                                    |                                                                 |           |     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                      | Autoinsperção para Solicitação de Anuidade de Alvará Sanitário. |           |     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                      | Programas específicos de Vigilância Sanitária.                  |           |     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                      | Atendimento à denúncia.                                         |           |     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                      | Reinspeção.                                                     |           |     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                      | Comunicação de início de Fabricação/Registro.                   |           |     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                      | Renovação de Registro.                                          |           |     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                      | Outros.                                                         |           |     |
| <b>ANÁLISE DOCUMENTAL:</b>                                                                                                                                                                    |                                                                 |           |     |
| Licença Sanitária vigente.                                                                                                                                                                    | SIM                                                             | NÃO       | N.A |
| Alvará de Funcionamento Municipal válido.                                                                                                                                                     |                                                                 |           |     |
| Registro ou certificado de Controle Integrado de Vetores e Pragas Urbanas atualizado.                                                                                                         |                                                                 |           |     |
| Manual de Boas Práticas de Fabricação (MBPF) disponível e atualizado.                                                                                                                         |                                                                 |           |     |
| Procedimentos Operacionais Padronizados (POP's) implantados, datados e assinados pelo responsável.                                                                                            |                                                                 |           |     |
| Extintores de incêndio com carga e validade atualizadas.                                                                                                                                      |                                                                 |           |     |
| <b>SAÚDE DO TRABALHADOR:</b>                                                                                                                                                                  | SIM                                                             | NÃO       | N.A |
| Uniformes limpos e EPIs adequados às atividades desempenhadas.                                                                                                                                |                                                                 |           |     |
| Manipuladores com boa apresentação pessoal: cabelos presos e protegidos por touca/rede, unhas curtas e sem esmalte, ausência de adornos e maquiagem excessiva.                                |                                                                 |           |     |
| Bebedouros/geláguia em bom estado, com filtros dentro do prazo de validade e troca registrada.                                                                                                |                                                                 |           |     |
| Refeitório ou copa com móveis, equipamentos e utensílios compatíveis, de material impermeável e de fácil higienização.                                                                        |                                                                 |           |     |
| Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) implantado, quando aplicável.                                                                                                        |                                                                 |           |     |

|                                                                                  |                                                                                                                                              |                              |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPERANTINA-PI</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b><br><b>DEVISA- DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b> |                              |  |
|                                                                                  | <b>CHECKLIST DE AUTOINSPEÇÃO SERVIÇO DE PREPARAÇÃO E VENDA DE ALIMENTOS.</b>                                                                 | <b>CÓDIGO</b><br>C.L.A - 003 |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                           |            |            |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| Cartão de vacinação dos funcionários atualizado.                                                                                                                                                          |            |            |            |
| Programa de capacitação periódica dos colaboradores, com listas de presença e certificados.                                                                                                               |            |            |            |
| <b>ESTRUTURA FÍSICA (EDIFICAÇÃO E INSTALAÇÕES):</b>                                                                                                                                                       | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N.A</b> |
| <b>ÁREA EXTERNA:</b>                                                                                                                                                                                      |            |            |            |
| Pavimentada, limpa e livre de focos de insalubridade, objetos em desuso, animais e acúmulo de lixo.                                                                                                       |            |            |            |
| Acesso independente, não compartilhado com áreas de habitação ou outros usos incompatíveis.                                                                                                               |            |            |            |
| <b>ÁREA INTERNA:</b>                                                                                                                                                                                      |            |            |            |
| Ambientes livres de objetos estranhos à atividade, em bom estado de conservação, limpeza e organização.                                                                                                   |            |            |            |
| Pisos lisos, resistentes, impermeáveis, de fácil higienização, com declive adequado e ralo sifonados.                                                                                                     |            |            |            |
| Tetos íntegros, sem trincas, rachaduras, umidade, bolor ou descascamentos.                                                                                                                                |            |            |            |
| Portas, janelas e aberturas com telas milimétricas, superfície lisa, ajustadas aos batentes e em bom estado.                                                                                              |            |            |            |
| Iluminação natural ou artificial adequada, sem ofuscamento, com luminárias protegidas contra quebras.                                                                                                     |            |            |            |
| Instalações elétricas embutidas ou devidamente protegidas.                                                                                                                                                |            |            |            |
| Ventilação adequada, garantindo conforto térmico e ambiente livre de fungos e condensação de vapores.                                                                                                     |            |            |            |
| Leiaute compatível com o ramo de atividade, volume de produção e fluxo operacional.                                                                                                                       |            |            |            |
| Áreas de higienização e pré-preparo (área suja) isoladas da área de preparo por barreira física ou técnica.                                                                                               |            |            |            |
| <b>FLUXO OPERACIONAL (SEM CRUZAMENTO):</b>                                                                                                                                                                | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N.A</b> |
| Número, capacidade e distribuição das dependências compatíveis com o volume de produção.                                                                                                                  |            |            |            |
| Caixas de gordura e de esgoto dimensionadas adequadamente e localizadas fora da área de preparação.                                                                                                       |            |            |            |
| Sistemas de esgoto em bom estado de conservação e funcionamento.                                                                                                                                          |            |            |            |
| <b>ABASTECIMENTO DE ÁGUA POTÁVEL:</b>                                                                                                                                                                     | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N.A</b> |
| Abastecimento proveniente de rede pública ou sistema alternativo com potabilidade comprovada.                                                                                                             |            |            |            |
| Captação própria (quando existente) protegida, revestida, sem rachaduras, vazamentos ou infiltrações.                                                                                                     |            |            |            |
| Potabilidade da água comprovada por laudos laboratoriais periódicos, com registros semestrais.                                                                                                            |            |            |            |
| POP e registros de limpeza e sanitização da caixa d'água, realizados no intervalo máximo de seis meses.                                                                                                   |            |            |            |
| <b>INSTALAÇÕES SANITÁRIAS E VESTIÁRIOS:</b>                                                                                                                                                               | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N.A</b> |
| Sanitários sem comunicação direta com áreas de processamento e armazenamento de alimentos.                                                                                                                |            |            |            |
| Vasos sanitários e lavatórios limpos, em bom estado, dotados de água, sabonete líquido, papel higiênico, papel-toalha descartável e lixeira com tampa e pedal.                                            |            |            |            |
| Existência de local adequado para troca de roupas, banho (quando aplicável) e guarda de pertences.                                                                                                        |            |            |            |
| Placas orientando sobre higienização correta das mãos.                                                                                                                                                    |            |            |            |
| Sanitários independentes por sexo, quando exigido pela legislação.                                                                                                                                        |            |            |            |
| <b>PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO:</b>                                                                                                                                                                           | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N.A</b> |
| Áreas de pré-preparo isoladas da área de preparo por barreira física ou técnica.                                                                                                                          |            |            |            |
| Óleos e gorduras aquecidos a temperaturas não superiores a 180 °C, sendo descartados quando houver alteração das características físico-químicas ou sensoriais (odor, sabor, espuma ou fumaça excessiva). |            |            |            |
| Alimentos submetidos à cocção mantidos em condições adequadas de tempo e temperatura, prevenindo a multiplicação microbiana.                                                                              |            |            |            |

|                                                                                  |                                                                                                                                              |                              |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPERANTINA-PI</b><br><b>SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b><br><b>DEVISA- DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b> |                              |  |
|                                                                                  | <b>CHECKLIST DE AUTOINSPEÇÃO SERVIÇO DE PREPARAÇÃO E VENDA DE ALIMENTOS.</b>                                                                 | <b>CÓDIGO</b><br>C.L.A - 003 |                                                                                     |

|                                                                                                                      |            |            |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| Alimentos preparados e distribuídos conforme parâmetros de tempo e temperatura previstos na legislação vigente.      |            |            |            |
| <b>MATÉRIAS-PRIMAS E ARMAZENAMENTO:</b>                                                                              | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N.A</b> |
| Matérias-primas e produtos provenientes de fornecedores regularizados.                                               |            |            |            |
| Embalagens íntegras, identificadas e dentro do prazo de validade, com controle de entrada e saída (PEPS/FIFO).       |            |            |            |
| Alimentos armazenados separados por tipo ou grupo, sobre estrados ou prateleiras adequadas, em material impermeável. |            |            |            |
| Rede de frio compatível com a demanda, com controle e monitoramento de temperatura.                                  |            |            |            |
| <b>TRANSPORTE DE ALIMENTOS</b>                                                                                       | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N.A</b> |
| Veículos de transporte higienizados periodicamente, com proteção adequada das cargas.                                |            |            |            |
| Ausência de transporte de cargas incompatíveis que comprometam a qualidade higiênico-sanitária dos alimentos.        |            |            |            |
| Transporte de alimentos perecíveis realizado sob refrigeração adequada, garantindo a conservação.                    |            |            |            |

|                                                                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Caso seja necessário fazer uma reunião ou treinamento, qual o melhor dia da semana e horário para que sua equipe possa participar?      |  |
| Obs.: Caso tenha sugestões, críticas ou reclamações relacionadas à Vigilância Sanitária utilize o verso desta página para registrá-las. |  |

**Sim (S):** Atende ao item avaliado.  
**Não (N):** Não atende ao item avaliado.  
**Não se Aplica (NA):** O item não se aplica à realidade do estabelecimento avaliado.

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

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente de que todas as informações prestadas neste Checklist/Roteiro de Autoinspeção representam a fiel expressão da verdade.  
 Declaro, ainda, estar ciente de que o fornecimento de informações falsas, inexatas ou a omissão de dados relevantes configura infração sanitária, nos termos da Lei Federal nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, da Lei Municipal nº 845/1993, bem como do Código de Posturas do Município de Esperantina, sujeitando o responsável às sanções administrativas cabíveis, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação vigente.  
 Por ser verdade, firmo a presente declaração.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA RESPONSÁVEL**