**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 COMÉRCIO VAREJISTA DE ARTIGOS**

**DE ÓTICA**

**COD.: 4774-1/00**

**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** |
|  |  |  |  |  |  |
| Instalações limpas e bem conservadas |  |  |  |  | LCM 239/06, Art. 48 |
| Instalação elétrica com disjuntores/tomadas protegidas e sem partes vivas expostas |  |  |  |  | LCM 239/06, Art. 48 |
| Instalação sanitária com lavatório, papel toalha descartável, sabonete líquido e lixeira com tampa acionada sem contato manual |  |  |  |  | LCM 239/06, Art. 48 |
| Local para guarda dos pertences dos funcionários |  |  |  |  | LCM 239/06, Art. 48 |
| Estabelecimento privativo e independente de consultório médico e/ou clínicas médicas? |  |  |  |  | Decreto Federal 20931/1932, Art. 39 |
| Possui área mínima de 10 m2 destinada a mostruário e atendimento? |  |  |  |  | Lei Estadual 16583/2015, Art. 8° |
| Possui os equipamentos necessários para realização da atividade como Pupilômetro (p/ aferição das dimensões naso- pupilares) e Lensômetro (p/ marcação e aferição de dioptrias)  |  |  |  |  | Lei Estadual 16583/2015, Art. 7° |
| Óptico para assistência e responsabilidade técnica (RT) |  |  |  |  | Lei Estadual 16583/2015, Art. 5°; LCM 239/06, Art. 83 |
| O estabelecimento respeita a proibição de aviar as lentes de grau sem prescrição médica? |  |  |  |  | Decreto Federal 20931/1932, Art. 39 |
| No caso de terceirização das lentes ou da centralização do laboratório em uma das unidades da empresa, a ótica mantém cópia do Alvará Sanitário do laboratório ótico? |  |  |  |  | Lei Estadual 16583/2015, Art. 1° |
| Possui sistema de abastecimento de água adequado. |  |  |  |  | Dec. Est. 24.981/85 |
| Possui sistema de abastecimento de esgoto adequado |  |  |  |  | LCM 239/06,Art. 37 e 38 |
|  |  |  |  |  |  |
| **DOCUMENTAÇÃO** |  |  |  |  |  |
| Inclusão de Responsabilidade Técnica junto à Vigilância Sanitária |  |  |  |  | Lei Complementar Municipal nº. 239/06, Art. 83 c/c Lei Estadual 16583/2015, Art. 5° |
| Contrato de responsabilidade técnica firmado entre o óptico e a empresa ou Declaração de Responsabilidade Técnica (em se tratando de responsabilidade do diretor ou sócio-proprietário da empresa) |  |  |  |  | Lei Estadual 16583/2015, Art. 3°, IV |
| Cópia autenticada do Diploma de Técnico em Óptica ou Ótico Prático |  |  |  |  | Lei Estadual 16583/2015, Art. 3°, V |
| Lista de atividades desenvolvidas pelo estabelecimento, assinada pelo responsável |  |  |  |  | Lei Estadual 16583/2015, Art. 3°, VII |
| Cópia do alvará sanitário do laboratório óptico responsável pela confecção dos óculos e/ou lentes, no caso de empresa que não possua laboratório próprio |  |  |  |  | Lei Estadual 16583/2015, Art. 3°, VIII |
| Cópia do comprovante de residência do responsável técnico |  |  |  |  | Lei Estadual 16583/2015, Art. 3°, XIX |
| Livro de registro para transcrição das receitas autorizado pelo órgão de VISA local? |  |  |  |  | Lei Estadual 16583/2015, Art. 3°, X; Decreto Federal 20931/1932, Art. 41 |
| Registro da limpeza da caixa de água. |  |  |  |  | LM 4.783/95 c/c LM 6.583/05 |
| Registro da manutenção e limpeza do equipamento de ar condicionado (para sistema com capacidade abaixo de 60.000 BTU/H). |  |  |  |  | Portaria 3523/98 MS, Art5º |
| Atividades desenvolvidas conferem com 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:** |