



ROTEIRO DE AUTO-INSPEÇÃO SANITÁRIA PARA ÓTICAS

ATIVIDADE SOB RESPONSABILIDADE TÉCNICO

Processo nº _____ / _____

Razão Social:		
Nome Fantasia:		
CNPJ:		
Responsável Técnico:		
Nº total de colaboradores no estabelecimento:	Nº de homens:	Nº 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).

ÁREA FÍSICA	S	N	NA	CF
Espaço suficiente e condições de conforto para desenvolver as atividades				
Local com Ventilação Natural e Climatizado				
Pisos, Teto, Paredes ou divisórias em perfeito estado de conservação				
Instalação elétrica com disjuntores/tomadas protegidas e sem partes vivas expostas				
Local próprio para a guarda dos produtos e materiais de limpeza				
Possui armário exclusivo para guarda dos pertences dos funcionários				
O estabelecimento possui uma copa, em área totalmente isolada das demais áreas, com ponto de água e em boas condições de limpeza e higiene (refrigeração e aquecimento de alimentos)				
Instalações sanitárias, separadas por sexo, com lavatório provido de sabonete líquido neutro, papel toalha e lixeira acionada sem o uso das mãos.				
As escadas possuem corrimão para apoio				
O espaço físico oferece algum risco adicional à saúde do trabalhador. Quais:				
Prateleiras, equipamentos, móveis e utensílios: condições gerais de conservação e higiene				
Ambiente livre de materiais estranhos ou em desuso				
É respeitada a proibição de manter consultório médico em qualquer área de sua dependência?				
Possui área mínima de 10m ² destinada a mostruário e atendimento?				
Possui equipamentos necessários para realização da atividade, como Pupilômetro, Lensômetro, caixa térmica ou ventile, jogo de ferramentas e espectrômetro;				
Profissional Óptico para assistência e Responsabilidade técnica (RT), bem como sua inclusão junto à Vigilância Sanitária;				

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	S	N	NA	CF
Possui reservatório- Cisterna() Caixa d'água ()				
Sistema público de abastecimento				
Ponteira/Poço com Tratamento				

SISTEMA DE ESGOTO	S	N	NA	CF
Fossa, filtro e sumidouro/clorador				
Ligado à rede pública de coleta				

ACONDICIONAMENTO E DESTINO DO LIXO	S	N	NA	CF
Local para o acondicionamento do lixo junto ao alinhamento frontal, não obstruindo o passeio público.				
Resíduos sólidos acondicionados em embalagens plásticas devidamente fechadas em local limpo e com frequente manutenção.				



**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE**

O tempo de permanência dos contentores nos logradouros públicos deverá ser próximo do horário de coleta.				
Utilização dos serviços de coleta do município.				

DOCUMENTOS	S	N	NA	CF
Comprovante de limpeza da caixa de água;				
Comprovante de manutenção do sistema de climatização (qualquer capacidade). Caso acima de 60 mil BTUS possui PMOC (Plano de Manutenção, Operação e Controle) com Anotação de Responsabilidade Técnica (ART)				
Alvará do Corpo dos Bombeiros				
Habite-se Sanitário				
Certificados de desinsetização e desratização (executado por empresa com Alvará Sanitário).				
Contrato de responsabilidade técnica firmado entre o óptico e a empresa ou Declaração de responsabilidade técnica no caso de sócio-proprietário				
Cópia autenticada do Diploma de Técnico em Óptica ou Ótico Prático				
Declaração de responsabilidade técnica do laboratório óptico responsável pela confecção dos óculos e/ou lentes, no caso de empresa que não possua laboratório próprio.				
Lista de atividades desenvolvidas pelo estabelecimento, assinada pelo responsável;				
Livro de registro para transcrição das receitas autenticado pela Vigilância Sanitária?				
Atividades exercidas conferem com a DAM				

Observações (preenchimento pelo estabelecimento, se necessário):

OBS:

1- A 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 constarem 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: ____ / ____ / ____

RESPONSÁVEL TÉCNICO	PROPRIETÁRIO
Nome completo Legível: _____	Nome Completo Legível: _____
Nº do Conselho de Classe:	CPF:
CPF:	Assinatura:
Assinatura:	