**FICHA DE INSPEÇÃO SANITÁRIA DOCUMENTAL**

**1. DOCUMENTOS GERAIS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Documento** | **Apresentado?** | | | **OBSERVAÇÃO** |
| **S** | **N** | **N/A** |
| 1.1 | CNPJ. **(Anexar cópia no processo)** |  |  |  |  |
| 1.2 | Contrato Social consolidado contendo a última alteração, caso houver. **(Anexar cópia no processo)** |  |  |  |  |
| 1.3 | Alvará de Localização e Funcionamento atualizado. **(Anexar cópia no processo)** |  |  |  |  |
| 1.4 | Comprovante atualizado de higienização do reservatório de água que abastece o estabelecimento. |  |  |  | Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  LS:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Data do serviço: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1.5 | Comprovante do controle químico de vetores e pragas urbanas, **quando/se necessário**. Apresentar cópia da Licença Sanitária atualizada da empresa responsável pelo serviço. |  |  |  | Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  LS válida até:\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data do serviço: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1.6 | Comprovante de manutenção do equipamento(s) de climatização por firma especializada. (Anual) |  |  |  | Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data do serviço: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |

**2. DOCUMENTOS ESPECÍFICOS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Documento** | **Apresentado?** | | | **OBSERVAÇÃO** |
| **S** | **N** | **N/A** |
| 2.1 | Requerimento assinado pelo responsável técnico solicitando a concessão/renovação da Licença Sanitária. **(Anexar no processo)** |  |  |  |  |
| 2.2 | Carteira de identidade profissional **(Anexar cópia no processo)** |  |  |  |  |
| 2.3 | Certidão de Regularidade expedida pelo respectivo conselho, em caso de pessoa jurídica **(Anexar cópia no processo)** |  |  |  |  |
| 2.4 | Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs) atualizados e em conformidade com a realidade da empresa. |  |  |  |  |
| 2.5 | Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS. |  |  |  |  |
| 2.6 | Declaração de atualização documental ou não dos POPs e PGRSS e conhecimento do novo RT sobre esses documentos. **(Anexar no processo)** |  |  |  |  |
| 2.7 | Contrato atualizado com a empresa responsável pela coleta, transporte e disposição final dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) gerados no local. **(Anexar cópia no processo)** |  |  |  |  |
| 2.8 | Licença Ambiental da empresa contratada para o tratamento do resíduo gerado. |  |  |  | LS válida até:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  L Ambiental válida até:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| 2.9 | Comprovantes de recolhimento e de destinação final dos resíduos de serviços de saúde. |  |  |  | Meses verificados (mínimo 3 meses):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2.10 | Comprovante atualizado de manutenção e calibração dos aparelhos/equipamentos. (Comparar com a relação apresentada) |  |  |  |  |
| 2.11 | Contrato atualizado com os serviços terceirizados **(Anexar no processo)** |  |  |  |  |
| 2.12 | Relação nominal dos profissionais / funcionários e respectivas funções. **(Anexar no processo)** |  |  |  |  |
| 2.13 | Relação dos aparelhos/equipamentos. **(Anexar no processo)** |  |  |  |  |
| 2.14 | Relação de materiais e equipamentos de emergência. (Quando/se necessário) **(Anexar no processo)** |  |  |  |  |
| 2.15 | Relação das atividades desenvolvidas e procedimentos realizados. **(Anexar no processo)** |  |  |  |  |

**3. FUNCIONÁRIOS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Documento** | **Apresentado?** | | | **OBSERVAÇÃO** |
| **S** | **N** | **N/A** |
| 3.1 | Atestados de saúde ocupacional atualizados dos funcionários. |  |  |  |  |
| 3.2 | Carteira de vacinação contra hepatite B e tétano dos funcionários da limpeza e auxiliares. |  |  |  | Hepatite B – 3 doses  Tétano – 3 doses + reforço a cada 10 anos |
| 3.3 | Registro atualizado dos treinamentos realizados |  |  |  |  |

**4. REGISTROS/PLANILHAS ATUALIZADAS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Documento** | **Apresentado?** | | | **OBSERVAÇÃO** |
| S | N | **N/A** |
| 4.1 | Controle da temperatura e umidade do ambiente. (Máx/Mínima/Momento) |  |  |  |  |
| 4.2 | Controle da temperatura da(s) geladeira(s) (Máx/Mínima/Momento) |  |  |  |  |
| 4.3 | Controle biológico da autoclave. |  |  |  |  |

**S: Sim N: Não N/A: Não se aplica**

|  |  |
| --- | --- |
| **EQUIPE FISCAL:** | **DATA** |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |