



1 - REQUERIMENTO

| | | | |
|--|----------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|
| | Licença Sanitária - Inicial | | Assentimento Sanitário |
| | Licença Sanitária - Renovação | | Aprovação de Projeto Físico ou Hidrossanitário |
| | Licença Sanitária – Alteração (<i>Especificar no campo outros</i>) | | Habite-se Sanitário ou Certificação Sanitária |
| | Outros (Especificar): | | |

2 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Razão social (*pessoa física*) ou nome (*pessoa física*):

Nome Fantasia:

Rua, Avenida, etc: Nº: Bairro:

CEP: Telefone: (*Contato com a empresa*) E-mail (*Contato com a empresa*):

Ponto de Referência:

Responsável Legal: CPF:

Responsável Técnico: Reg. Conselho de Classe:

2 - OBJETO DA SOLICITAÇÃO

CNPJ / CPF: Inscrição Municipal:

| CNAE | Atividade Econômica (<i>Preencher apenas as atividades de interesse a saúde que são exercidas e/ou que pretende exercer</i>) |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | |
| | |
| | |

Características da (s) Atividade (s)

(*Descrever as principais informações que possam caracterizar a (s) atividade (s) a ser licenciada (s) e/ou alterada (s), por exemplo: mudança de razão social, inclusão e/ou exclusão de atividade, mudança de responsável técnico*)

Informações Básicas para Enquadramento

(*Preencher apenas os campos pertinentes ao empreendimento a ser licenciado*)

Área do Estabelecimento (m²):

Horário de Funcionamento: Dias de Funcionamento:

| | | | |
|--------------|---------------------------|------------------------------------------------------------|------------|
| Local e Data | VIANA, ____ / ____ / ____ | Assinatura do requerente/Procurador (Anexar procuração) | CPF: _____ |
|--------------|---------------------------|------------------------------------------------------------|------------|

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA**

Secretaria Municipal de Saúde

Vigilância em Saúde

Vigilância Sanitária

**ROTEIRO DE AUTO-INSPEÇÃO SANITÁRIA SSA
Nº 2**

| 1 - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------|------------|
| Razão social (pessoa física) ou nome (pessoa física): | | | |
| Rua, Avenida, etc: | Nº: | Bairro: | |
| CEP: | Telefone: | E-mail: | |
| CNPJ / CPF: | | Inscrição Municipal: | |
| 2 - CONDIÇÕES ESTRUTURAIS E HIGIÊNICAS DO ESTABELECIMENTO. | | | |
| Observação: Caso existam situações não aplicáveis ao tipo de atividade, assinalar -NA (não se aplica) | | | |
| 1) Situações e Condições Estruturais | Sim | Não | N/A |
| 1.1) Pisos e paredes de superfície lisa, compacta, de fácil higienização em todos os setores? | | | |
| 1.3) Piso com declive suficiente ao escoamento e provido de ralos em número suficiente e sifonados com tampas que se fechem? | | | |
| 1.4) Depósitos de alimentos dotados de estrados ou prateleiras em número suficiente para suporte dos gêneros armazenados? | | | |
| 1.8) Fossas, rede pública de esgotos, caixas de gordura em bom estado de conservação e funcionamento? | | | |
| 1.9) Dependências, utensílios e equipamentos devidamente higienizados? | | | |
| 2.0) POP de higiene das instalações, equipamentos e móveis? | | | |
| 2) Ventilação e Iluminação | Sim | Não | N/A |
| 2.1) Ventilação suficiente, sem ocasionar desconforto térmico, acúmulo de gases, fumaça ou condensação de vapores? | | | |
| 2.2) Sistema de exaustão mecânica em bom estado de conservação e higiene e com funcionamento adequado? | | | |
| 2.3) Iluminação natural ou artificial adequada à atividade desenvolvida e uso de luminárias protegidas? | | | |
| 2) Água para abastecimento | Sim | Não | N/A |
| 3.1) Água de abastecimento oriunda da rede pública com potabilidade atestada semestralmente? | | | |
| 3.2) Água de abastecimento oriunda de fonte alternativa com potabilidade atestada mensalmente? | | | |
| 3.3) Existência de filtro d'água? | | | |
| 3.4) Reservatórios de água (caixas d'água ou cisternas), dotados de tampa, sem vazamentos ou infiltrações e distantes de material estranho e de limpeza semestral da caixa d'água com registro no estabelecimento? | | | |
| 3.5) POP de higienização do reservatório de água? | | | |
| 4) Equipamentos, Móveis e Utensílios | Sim | Não | N/A |
| 4.1) Equipamentos em perfeito estado de funcionamento, em número suficiente e de fácil higienização? | | | |
| 4.2) Bancadas, mesas e demais superfícies de manipulação impermeabilizadas, com superfícies íntegras e sem frestas? | | | |
| 4.4) Equipamentos de refrigeração e congelamento em número suficiente e com capacidade de frio adequada ao tipo de produto armazenado? | | | |
| 4.5) Equipamentos de manutenção térmica (estufa, banho-maria etc.) em número suficiente e com capacidade de manutenção? | | | |
| 4.6) Existência de controle de temperatura dos equipamentos quentes e frios? | | | |
| 5) Limpeza e Desinfecção | Sim | Não | N/A |
| 5.1) Procedimentos de limpeza e desinfecção que garantam a higiene do ambiente e dos equipamentos, maquinários, móveis e utensílios? | | | |
| 5.2) Armazenagem de produtos de limpeza em local isolado dos gêneros alimentícios? | | | |
| 5.3) Existência de produtos de limpeza e desinfecção aprovados pelo Ministério da Saúde? | | | |
| 6) Matérias-primas | Sim | Não | N/A |
| 6.2) Perecíveis mantidos sob temperatura recomendada pelo fabricante? | | | |
| 6.3) Não perecíveis armazenados em locais livres de umidade e calor excessivo, com adequada separação por espécie e afastados do piso e das paredes? | | | |
| 7) Manipuladores de Alimentos | Sim | Não | N/A |
| 7.1) Uniformes completos, de cor clara, com calçados fechados, cabelos bem protegidos, unhas aparadas, sem uso de adornos aparentando bom asseio pessoal? | | | |
| 7.2) Ausência de lesões cutâneas e doenças infectocontagiosas? | | | |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|------------|
| 7.3) Participação em Curso de Noções Básicas de Higiene para Manipuladores de Alimentos? | | | |
| 7.4) Lavagem de mãos com periodicidade suficiente com a finalidade de evitar a contaminação dos alimentos e POP de higiene das mãos afixado em local apropriado? | | | |
| 7.5) Controle dos Atestados de Saúde Ocupacional dos funcionários atualizados (semestral)? | | | |
| 7.6) Disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual e uso corretos dos mesmos? | | | |
| 8) Manipulação de Alimentos | Sim | Não | N/A |
| 8.1) Operação realizada de forma higiênica? | | | |
| 8.2) Alimentos protegidos contra ação de insetos e poeira? | | | |
| 8.3) Ausência de materiais estranhos ou em desuso nas áreas de manipulação ou depósito de alimentos? | | | |
| 9) Fluxo de Produção | Sim | Não | N/A |
| 9.1) Locais para pré-preparo (área suja) isolados da área de preparo (área limpa) por barreira física ou técnica evitando a contaminação cruzada? | | | |
| 9.2) Controle da circulação e acesso de pessoal paramentado para as áreas de produção de alimentos? | | | |
| 9.3) Fluxo ordenado sem cruzamento entre os procedimentos de recebimento, pré-preparo, preparo e distribuição? | | | |
| 10) Exposição à venda | Sim | Não | N/A |
| 10.1) Produtos expostos protegidos de poeira, insetos, agentes químicos, objetos estranhos e do contato direto com o consumidor? | | | |
| 10.2) Balcão expositor de refeições prontas para o consumo com anteparo que evite a contaminação por cabelos, perdigotos etc? | | | |
| 10.3) Alimentos com necessidade de refrigeração ou manutenção quente são mantidos em temperatura adequada e existem registros diários destes equipamentos? | | | |
| 10.4) Produtos embalados destinados à venda possuem rotulagem completa (data de fabricação, validade, lote, registro em órgão competente)? | | | |
| 11) Distribuição | Sim | Não | N/A |
| 11.1) Alimentos transportados sob condições de temperatura capazes de garantir a manutenção refrigerada ou térmica até o destino final? | | | |
| 11.2) Alimentos transportados protegidos e com rotulagem? | | | |
| 11.3) Veículos de transporte devidamente licenciados pelo órgão sanitário? | | | |
| 12) Destino dos Resíduos | Sim | Não | N/A |
| 12.1) Lixo acondicionado em coletores de fácil higienização, dotados de tampa, dentro de sacos plásticos e acionamento sem auxílio das mãos? | | | |
| 12.3) Recolhimento de resíduos efetuado por firma autorizada e periodicamente afim de acúmulo? | | | |
| 13) Controle de vetores ou pragas | Sim | Não | N/A |
| 13.1) Janelas, portas e demais aberturas dotadas de sistemas de proteção contra a entrada de vetores ou pragas (telas milimetradas, molas, cortinas de ar, etc.)? | | | |
| 13.2) Desratização e desinsetização por firmas credenciadas por órgão sanitário e com periodicidade mínima semestral? | | | |
| 13.3) Existência de POP de controle de pragas urbanas? | | | |
| 3 - DECLARAÇÃO | | | |
| <p>Por este instrumento particular de declaração, eu, _____, portador da carteira de identidade nº. _____ e CPF nº. _____, residente e domiciliado à Rua (Av.) _____, nº. _____, complemento _____</p> <p>Bairro _____, Viana/ES, CEP: _____, DECLARO idoneamente sob as penas da lei (Código penal, art. 299 – Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: pena de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos, e multa, se documento é particular) que as informações contidas no presente requerimento são verdadeiras e assumo o compromisso de apresentar, quando solicitado, os comprovantes originais, para quaisquer comprovações junto a Gerência de Vigilância Sanitária do município de Viana.</p> <p>Por ser a mais cristalina expressão da verdade, assino o presente.</p> | | | |
| Local e Data | VIANA _____ / _____ / _____ | Assinatura do requerente/Procurador (anexar procuração) | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA
Secretaria Municipal de Saúde
Vigilância em Saúde
Vigilância Sanitária

DECLARAÇÃO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA Nº 3

1 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

Razão Social (pessoa física) ou nome (pessoa física):

Rua, Avenida, etc:

Nº:

Bairro:

CEP:

Tel.:

E-mail:

CNPJ / CPF:

Inscrição Municipal:

2 - OBJETIVO DA DECLARAÇÃO:

Quanto ao abastecimento de água do estabelecimento

Possui abastecimento de água da Concessionária (CESAN)?

Sim Não

- Não possui fonte alternativa coletiva de abastecimento de água, tais como captação de chuva, água de reuso ou poço artesiano.
 Possui fonte alternativa coletiva de abastecimento de água, tais como captação de chuva, água de reuso ou poço artesiano.
 Outros:

Quanto ao uso da água proveniente de fonte alternativa coletiva

Caso possua fonte alternativa coletiva de abastecimento de água, preencher o questionário abaixo:

Utiliza a água da fonte alternativa coletiva para consumo e higiene humana?

Sim Não

Utiliza a água da fonte alternativa coletiva para outras finalidades?

Não Sim - Quais?

DECLARAÇÃO

Por este instrumento particular de declaração, eu, _____, portador da carteira de identidade nº. _____, e CPF: _____, residente e domiciliado à Rua (Av.) _____, nº. _____, complemento _____ Bairro: _____, Viana/ES, CEP: _____, DECLARO idoneamente sob as penas da lei (Código penal, art. 299 – Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: pena de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos, e multa, se documento é particular) que as informações contidas no presente requerimento são verdadeiras e assumo o compromisso de apresentar, quando solicitado, os comprovantes originais, para quaisquer comprovações junto a Gerência de Vigilância Sanitária do município de Viana.

Por ser a mais cristalina expressão da verdade, assino o presente.

Local e Data

VIANA, _____, _____, _____.

Assinatura do
requerente/Procurador (Anexar
procuração)

CPF:



| 1 - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA | | | | |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| Razão social (pessoa física) ou nome (pessoa física): | | | | |
| CNPJ / CPF: | | | Inscrição. Municipal: | |
| | | | | |
| 2 - RELAÇÃO DA FROTA DE VEÍCULOS | | | | |
| Placa | Veículo / Modelo | Próprio ou Agregado? | Climatizado? | Classe de Produto Transportado |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Local e Data | VIANA _____, ____ / ____ / ____ | Assinatura do requerente/Procurador (anexar procuração) | CPF: _____ | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA

Secretaria Municipal de Saúde

Vigilância em Saúde

Vigilância Sanitária

**RELAÇÃO DE SERVIÇOS TERCEIRIZADOS E
PRESTADORES DE SERVIÇOS Nº 7**

1 - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

Razão social (pessoa física) ou nome (pessoa física):

CNPJ / CPF:

Inscrição Municipal:

2 - RELAÇÃO DE SERVIÇOS TERCEIRIZADOS E PRESTADORES DE SERVIÇOS

ATIVIDADE

PRESTADORES DE SERVIÇOS

ARMAZENAR

DISTRIBUIR

IMPORTAR

TRANSPORTAR

(Obs.: Caso o campo seja insuficiente, apresentar a descrição em documentação complementar em anexo.)

Local e Data

VIANA _____, ____ / ____ / ____

Assinatura do
requerente/Procurador
(anexar procuração)

CPF: