



ROTEIRO DE AUTO-INSPEÇÃO PARA COMÉRCIO DE PEQUENOS ANIMAIS

Processo/Ano Nº _____ / ____

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
Registro de Informações sobre os animais comercializados com os dados do animal, nome do comprador/vendedor, endereço do comprador/vendedor.					
Áreas permanentemente higienizadas e desinfetadas, sem acúmulo de lixo ou materiais estranhos.					Artigo 4º IV do Decreto Estadual nº. 2.919/98
Animais identificados eletronicamente (<i>microchip</i>).					
Possui contrato com empresas credenciadas para o recolhimento de cadáveres e lixo hospitalar.					Artigo 8º parágrafo único da Resolução nº. 1.015/12 do CFMV; Artigo 24 §2º da Lei Estadual 6320/83.
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	S	N	NA	CF	ENQUADRAMENTO LEGAL
Médico Veterinário responsável, registrado junto ao CRMV de SC.					
Comprovante de vacinação dos animais.					Artigo 8º I, 13 e 18 do Decreto Estadual nº. 2.919/98.
Inscrição na entidade de Cinofilia.					
Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)					NR-9 e NR-32 do TEM
Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)					NR-7 do MTE

OBS:

Departamento de Vigilância Sanitária

Avenida Porto Feliz, nº 342, Centro – Mondai – Santa Catarina - CEP: 89893-000

Telefones: (49) 3674-3157 e (49) 98872-6933 – E-mail: visadivisao@mondai.sc.gov.br; vigilancia@mondai.sc.gov.br



**ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MONDAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**



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 do SUAS: ____/____/____.

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-

mail: _____

Telefone: _____

Nome completo do Responsável Técnico: _____ e-

mail: _____

Telefone: _____

Assinatura do Proprietário

Assinatura do Responsável Técnico

Departamento de Vigilância Sanitária

Avenida Porto Feliz, nº 342, Centro – Mondai – Santa Catarina - CEP: 89893-000

Telefones: (49) 3674-3157 e (49) 98872-6933 – E-mail: visadivisao@mondai.sc.gov.br; vigilancia@mondai.sc.gov.br