



MUNICIPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Secretaria de Saúde

Departamento de Proteção à Saúde e Vigilâncias – SS.4

Rua Pietro Franchini nº 47 – Centro – São Bernardo do Campo – SP - CEP 09720-560

Fone: 41287700/7766/7764

ROTEIRO DE AUTO INSPEÇÃO PARA COMÉRCIO VAREJISTA DE ARTIGOS DE ÓTICA

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO				
Razão Social:				
Nome Fantasia:				
CNPJ:				
Endereço:				
Bairro:		CEP:		
Telefone:				
E-mail:				
Tipo de Estabelecimento:		Ótica ()		Laboratório Óptico ()
2. ESTRUTURA FÍSICA GERAL				
		SIM	NÃO	NA
2.1	O estabelecimento mantém acesso independente de outra empresa ou residência?			
2.2	Piso de material liso, resistente e impermeável, lavável, com declives e ralos sifonados e fechados?			
2.3	Paredes/divisórias com acabamento liso, resistente, de material lavável livre de bolor, rachaduras e preferencialmente de cor clara?			
2.4	O teto é de acabamento liso, impermeável, livre de rachaduras, descascamento e bolor?			
2.5	As instalações apresentam bom estado de conservação, higiene e limpeza?			
2.6	No (s) sanitário (s) há disponível: Papel higiênico: (sim) (não); Pia com água corrente: (sim) (não); Sabonete líquido: (sim) (não); Papel toalha: (sim) (não); Lixeira com tampa, pedal e saco coletor: (sim) (não)			
2.7	Existe local para refeições? Se sim: está separado dos demais ambientes?: (Sim) (Não)			
2.8	O estabelecimento possui local para guarda dos pertences dos funcionários?			
2.9	As instalações elétricas estão embutidas ou protegidas por calhas/canaletas externas sem fios danificados?			
3. ÁGUA				
		Sim	Não	NA
3.1	A água é proveniente da rede pública?			
3.2	O reservatório é higienizado/lavado à cada 06 (seis) meses?			
3.3	Se água proveniente de poço , este possui outorga concedida pelo DAEE ? : (S) (N); Cadastro junto à Vigilância Ambiental? (Sim) (Não)			
4. CONTROLE INTEGRADO DE PRAGAS				
		Sim	Não	NA
4.1	Há um programa integrado de controle de pragas urbanas com respectivo certificado atualizado?			
5. ESTRUTURA FÍSICA ESPECÍFICA				
Adaptação de lentes de contato		Sim	Não	NA
5.1	Realiza adaptação de lentes de contato			
5.2	Se realiza: o local possui mobiliário, pia com água corrente e todos meios necessários às suas finalidades?			
5.3	As lentes tem registro no Ministério da Saúde (ANVISA)			

6. FUNCIONAMENTO		Sim	Não	NA
6.1	Possui Responsável Técnico (RT)			
6.2	O responsável técnico possui vínculo empregatício			
6.3	Está presente em todo horário de funcionamento do estabelecimento?			
6.4.	Possui Responsável Técnico Substituto?			
6.4	O estabelecimento possui sistema de registro (livro) de receitas autorizado pela Vigilância Sanitária?			
6.5	A escrituração está atualizada e assinada pelo RT?			
6.6	Possui cartazes, anúncios com oferecimento de exame de vista?			
6.7	O estabelecimento é privativo e independente de consultório médico e/ou clínicas médicas?			
6.8	Possui todo o equipamento necessário para o funcionamento adequado? Pupilômetro () Lesômetro () Ventilote ()			
6.9	Possui Manual de Rotinas e Procedimentos atualizados?			
6.10	Possui Laboratório Próprio de Montagem de óculos?			
6.11	Possui laboratório próprio de surfaçagem?			

LEGISLAÇÃO:

Lei Federal nº 6360/1976

Lei Estadual 10083/98

Decreto Estadual nº 12342/1978

Decreto Estadual nº 12479/1978

Decreto Federal nº 20931/1932

Decreto Federal nº 24492/1934

Decreto Federal nº 8077/2013

Resolução SS nº 012/2014

Assumo que as informações são verídicas e exatas (artigo 9º da Resolução SS 012/2014)

Nome (Responsável Técnico): _____

RG: _____

Assinatura: _____

Data: _____/_____/_____