



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - DVISA

ANEXO III

**QUESTIONÁRIO E TERMO DECLARATÓRIO
ATIVIDADE DE MÉDIO RISCO SANITÁRIO
LICENCIAMENTO SANITÁRIO SIMPLIFICADO POR AUTO INSPEÇÃO**

Eu, _____ (*proprietário ou Procurador legal*) _____ representante da
empresa _____ CNPJ / CPF
_____, situada na (*endereço completo*) _____

ORD	DECLARO QUE:
01	Assumo responsabilidade civil, criminal e administrativa pela veracidade de todas as informações aqui prestadas.
02	Tenho conhecimento e me submeto ao cumprimento da legislação sanitária pertinente ao ramo de atividade que será desenvolvido pela empresa sob minha responsabilidade.
04	No prazo de até 30 dias após abertura da empresa farei entrega dos POPs (Procedimentos Operacionais Padrões) e do Manual de Boas Práticas (quando exigido) ao Departamento de Vigilância Sanitária do Município.
05	Sou o responsável pela qualidade e validade dos produtos comercializados, dos serviços prestados, e das condições higiênico sanitária do estabelecimento.
06	Desconformidade ou discrepância entre as informações prestadas e a realidade constatada pela autoridade sanitária estarão sujeitas as penalidades previstas no Decreto nº 14.327 de 21/10/2016.
07	O corpo fiscal sanitário, dentro do horário de funcionamento da empresa, poderá realizar inspeção fiscal sanitária para verificação das condições higiênico sanitária do estabelecimento.
08	Os certificados, registros de rotinas, POPs e Manual de Boas Práticas estarão sempre atualizados e disponíveis à fiscalização sanitária, sob pena de cancelamento do alvará de Saúde.
09	1) A empresa funcionará no horário das _____ h às _____ h. 2) Ocupará uma área de _____ (m ²)

OBSERVAÇÃO: USUÁRIO DEVE MARCAR A CAIXA

Porto Velho (RO), _____ de _____ de _____.

Assinatura do Proprietário



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - DVISA

	QUESTIONÁRIO GERAL TODAS AS ATIVIDADES DE MÉDIO RISCO SANITÁRIO	SIM	NÃO
01	<p>A empresa funcionará em endereço residencial? <i>Resposta anterior sim abrir nova pergunta</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Possui, dentro da residência, área exclusiva para as atividades comerciais (§§ 1º e 3º DO Art. 3º do Decreto 14.327 de 21/10/2016) ?• Possui local exclusivo para a guarda de produtos e equipamentos inerentes a atividade?• Atuará na área de alimentos?• Tem espaço exclusivo e independente da residência para a fabricação ou manipulação de alimentos? (§ 2º do Art. 3º do Decreto 14.327 de 21/10/2016)?	() () () () ()	() () () () ()
02	<p>A empresa utilizará veículo(s) para desenvolver a(s) atividade. <i>Resposta anterior sim abrir nova pergunta</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Quantos Veículos? _____• Veículos de propriedade da empresa ?• Nome da Empresa terceirizada: _____	() ()	() ()
03	<p>A empresa terá partes dos serviços prestados ou dos processos produtivos terceirizados? <i>Resposta anterior sim abrir nova pergunta</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Nome da Empresa terceirizada: _____ _____ _____• A terceirizada possui licenciamento sanitário regular?	() ()	() ()