

 <b>CIDERSU</b> <small>Consórcio Intermunicipal para o Desenvolvimento Regional Sustentável</small>		<b>TERMO DE INSPEÇÃO IN LOCO E DOCUMENTAL</b>			
RAZÃO SOCIAL:		Nº do documento:			
Nº DE REGISTRO NO CIDERSU:		DATA:			
1. Manutenção (Instalações e Equipamentos, Iluminação, Ventilação, Águas Residuais, Calibração e Aferição de Instrumentos)		C	NC	NA	NO
1.1	Os acionamentos de torneiras estão em funcionamento adequado? (toda indústria, barreira sanitária e anexos)				
1.2	Presença de lava botas e pressão adequada da água do mesmo?				
1.3	Existência de dispensers de papel toalha e sabão em boas condições e abastecidos? (barreira sanitária, setor de produção e anexos)				
1.4	Existência de lixeiras com tampas não acionadas manualmente nos vestiários, sanitários, barreiras sanitárias, setor de produção e anexos?				
1.5	Coberturas, forro ou teto em estado de manutenção adequado?				
1.6	Paredes em estado de manutenção adequado?				
1.7	Piso em estado de manutenção adequado?				
1.8	Portas e janelas em estado de manutenção adequado?				
1.9	Ausência de vazamentos, infiltrações e descamações decorrentes das instalações hidráulicas?				
1.10	Condições adequadas de manutenção das tubulações e suportes (para transporte do produto, vapor, água de abastecimento, rede elétrica e ar comprimido)?				
1.11	Ausência de instalações provisórias?				
1.12	Existência de equipamentos indispensáveis ao processamento e compatíveis com o volume de produção e que permita o fluxo operacional adequado?				
1.13	Conservação, manutenção e funcionamento adequados dos equipamentos?				
1.14	Funcionamento adequado de esterilizadores? Temperatura mínima 82.2°C?				
1.15	Os equipamentos em desuso são retirados do ambiente de trabalho?				
1.16	Superfícies em contato com alimentos são de material que não permite risco de migração de constituintes para o alimento?				
1.17	Superfícies em contato com alimentos em condições adequadas, com ausência de rugosidade, porosidade, fendas, falhas, cantos mortos ou soldas aparentes?				
1.18	Os equipamentos e utensílios utilizados no armazenamento de produtos não comestíveis são instalados e operados de forma que não propiciem risco de contaminação aos produtos comestíveis?				
1.19	Os equipamentos e utensílios utilizados no armazenamento de produtos não comestíveis estão identificados como de uso exclusivo para essa finalidade?				
1.20	Prateleiras, estrados e pallets estão em condições adequadas de conservação?				
1.21	A luminosidade é suficiente na área de trabalho? Permite a avaliação das condições higiênicas e dos pontos de inspeção oficial?				
1.22	As luminárias apresentam protetores adequados?				
1.23	As luminárias estão em bom estado de conservação e funcionamento?				
1.24	A ventilação é adequada, permitindo o controle de odores e vapores indesejáveis?				
1.25	O controle de condensação é adequado?				
1.26	Presença de neve ou gelo nas instalações de frio?				
1.27	Escoamento adequado das águas residuais, ausência de empoçamentos?				
1.28	O sistema de recolhimento de águas residuais está em boas condições de manutenção? (Ralos, encanamentos, etc.)				
1.29	Ausência de refluxo de águas residuais e gases?				
1.30	Equipamentos de controle estão em funcionamento e em bom estado de conservação? (termômetros portáteis, termômetros das câmaras frias, balanças, crioscópio, analisador de leite, pHmetro, colorímetro de cloro livre)				
1.31	Pasteurização rápida - temperatura de aquecimento e resfriamento estão conformes?				
1.32	Áreas de circulação e de estacionamento de veículos estão em boas condições de manutenção?				
1.33	Programa descrito?				
1.34	Registros?				
1.35	Compatibilidade entre a situação na fábrica e os registros da empresa?				

DESCRIÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES



4. Limpeza e Sanitização		C	NC	NA	NO
4.1	Os procedimentos de limpeza e sanitização pré-operacionais são executados?				
4.2	Os procedimentos de limpeza e sanitização operacionais são executados?				
4.3	Ausência de resíduos de produtos químicos no estabelecimento?				
4.4	Ausência de equipamentos mal higienizados no estabelecimento?				
4.5	As condições de higiene nas áreas internas estão adequadas?				
4.6	Áreas ou equipamentos em reparo são mantidos sob isolamento adequado?				
4.7	Refugos e restos de produtos são removidos da área de fabricação com a frequência adequada?				
4.8	Detergentes e sanitizantes são armazenados e identificados adequadamente? Contém fichas técnicas?				
4.9	São usados utensílios e materiais próprios para a limpeza (tipo, formato, material de constituição)?				
4.10	São usados diferentes utensílios de limpeza em áreas de diferente status sanitário?				
4.11	A área ao redor das edificações encontra-se em situação adequada de limpeza e organização?				
4.12	O sistema de limpeza interno (CIP), está sendo realizado de forma correta?				
4.13	Programa descrito?				
4.14	Registros?				
4.15	Compatibilidade entre a situação na fábrica e os registros da empresa?				

DESCRIÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES	

5. Higiene, Hábitos Higiênicos e Saúde dos Colaboradores		C	NC	NA	NO
5.1	Apresentação adequada do pessoal: uniformes completos, limpos e em bom estado de conservação, proteção de cabelos, unhas aparadas e não pintadas, ausência de barba e ausência de adornos?				
5.2	Os hábitos higiênicos, como a higienização e desinfecção das mãos e antebraços à entrada das seções, a higiene corporal e outros estão sendo praticados sistematicamente pelos funcionários?				
5.3	Os uniformes e acessórios usados pelos funcionários mostram limpeza necessária e são trocados e identificados nos períodos previstos e restritos às áreas e atividades previstas?				
5.4	Os operários que apresentam doenças infecciosas, lesões abertas, purulentas, portadores inaparentes ou assintomáticos de agentes de toxinfecções alimentares e semelhantes são afastados temporariamente das atividades que possam comprometer o produto?				
5.5	Atestado de saúde ocupacional dos colaboradores encontram-se em dia? (validade anual)				
5.6	Programa descrito?				
5.7	Registros?				
5.8	Compatibilidade entre a situação na fábrica e os registros da empresa?				

DESCRIÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES	

6. Procedimentos Sanitários das Operações		C	NC	NA	NO
6.1	As operações de recebimento da matéria-prima, manipulação e processamento são executadas de forma a prevenir a contaminação do produto (evitando acúmulo de produtos, contaminações cruzadas, contrafluxos e embalagens desprotegidas)?				
6.2	As embalagens e ingredientes de uso diário estão bem acondicionados na área de produção?				
6.3	Os produtos são corretamente separados e identificados quanto à sua natureza, temperatura e embalagens?				








Legenda: C - Conforme; NC - Não conforme; NA - Não se aplica; NO - Não observado

CONCLUSÃO	
	O estabelecimento possui o controle referente aos programas que atendem os elementos de inspeção avaliados no presente relatório e está apto a integrar/se manter no: ( ) SIM/POA ( ) SISBI/POA.
	O estabelecimento apresenta falhas de controle nos programas que atendem aos seguintes elementos de inspeção: Nesse caso, a empresa tem ____ dias para retomar o efetivo controle dos programas que atendem aos elementos acima listados. Caso contrário o Serviço Oficial poderá concluir que o estabelecimento não evidencia o controle do processo.
	O estabelecimento não evidencia o controle do processo (autocontrole). AS AÇÕES FISCAIS TOMADAS DURANTE A AUDITORIA seguem o descrito na legislação municipal.

**DESCRIÇÃO:**

--

**CONCLUSÃO:**

--

ASSINATURAS:		
NOME:	ASSINATURA:	ENTIDADE:

$R = (RV+RP+2xRD)/4$

ESTIMATIVA DE RD PARA PRÓXIMA FISCALIZAÇÃO

R: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4





**CIDERSU**  
Consórcio Intermunicipal para o  
Desenvolvimento Regional Sustentável

## Controle de Rastreabilidade de Produtos

<b>RAZÃO SOCIAL:</b>		<b>Nº do documento:</b>			
<b>Nº DE REGISTRO NO CIDERSU:</b>		<b>DATA:</b>			
<b>14. Controle de Rastreabilidade de Produtos</b>		<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>NO</b>
14.1	Produto analisado: _____				
14.2	Lote avaliado: _____				
14.3	Matéria prima				
14.4	Expedição/ Destino				
14.5	Programa descrito?				
14.6	Registros?				
14.8	Compatibilidade entre a situação na fábrica e os registros da empresa?				

DESCRIÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES	

CONCLUSÃO	

ASSINATURAS:		
NOME:	ASSINATURA:	ENTIDADE:



**CIDERSU**Consórcio Intermunicipal para o  
Desenvolvimento Regional SustentávelRua João Honorato de Carvalho, 121, centro, Carvalhópolis-MG  
CEP 37.760-000 – Telefone: (35) 99723-3438 / (35) 99938-2069  
CNPJ Nº 21.466.597/0001-34**TERMO DE NOTIFICAÇÃO Nº****01 – Identificação da empresa****DATA:**

Razão social:

Nome Fantasia:

Nome do Produtor:

Classificação:

Nº de Registro no S.I.M.:

CNPJ/CPF:

IE:

Endereço:

Município:

UF: MG

CEP:

Telefone:

**02 – Instrumento normativo:****03 – Descrição da notificação:****Notifico o proprietário/representante legal pelo estabelecimento acima qualificado que,****04 – Autoridade (Assinatura e carimbo):****05 – Local e data:****06 – Testemunha****Testemunha****07 - Recebi a segunda via deste parecer em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_ horas.****08 – Proprietário ou representante legal (ass.):**

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

1ª via: arquivo SIM – 2ª via: estabelecimento

**CIDERSU**Consórcio Intermunicipal para o  
Desenvolvimento Regional SustentávelRua João Honorato de Carvalho, 121, centro, Carvalhópolis-MG  
CEP 37.760-000 – Telefone: (35) 99723-3438 / (35) 99938-2069  
CNPJ Nº 21.466.597/0001-34**TERMO DE INFRAÇÃO Nº****01 – Identificação da empresa****DATA:**

Razão social:

Nome Fantasia:

Nome do Produtor:

Classificação:

Nº de Registro no S.I.M.:

CNPJ/CPF:

IE:

Endereço:

Município:

UF: MG

CEP:

Telefone:

**02 - Instrumento Normativo:****03 – Descrição da Ação :**

Em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ às \_\_\_ : \_\_\_ hora(s) em inspeção e fiscalização sanitária no estabelecimento acima citado, constatei(am) a(s) seguinte(s) irregularidade(s):

**04 – Enquadramento legal (artigos, parágrafos, incisos, alíneas, lei, decreto, resolução, portaria):****05 – O infrator estará sujeito a penalidade(s) prevista em lei, ficando notificado, neste ato, que responderá pelo fato em processo administrativo, tendo 10 (dez) dias úteis a contar desta data para apresentar defesa ou impugnação ao auto perante o S.I.M..****06 – Autoridade (Assinatura e carimbo):****07 – Local e data:****08 – Testemunha****Testemunha****09 - Recebi a segunda via deste parecer em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ às \_\_\_ horas.****10 – Proprietário ou representante legal (ass.):**

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**CIDERSU**Consórcio Intermunicipal para o  
Desenvolvimento Regional SustentávelRua João Honorato de Carvalho, 121, Centro, Carvalhópolis-MG  
CEP 37.760-000 – Telefone: (35) 99723-3438 / (35) 99938-2069  
CNPJ Nº 21.466.597/0001-34**TERMO DE APREENSÃO Nº****01 – Identificação da empresa****DATA:**

Razão social:

Nome Fantasia:

Nome do Produtor:

Classificação:

Nº de Registro no S.I.M:

CNPJ/CPF:

IE:

Endereço:

Município:

UF: MG

CEP:

Telefone:

**02 – Instrumento Normativo:****03 – Descrição da ação:**

Em / / à(s) : hora(s) no exercício de inspeção e fiscalização sanitária, ao realizar (ação e local):

**Procedi(imos) à apreensão****04 – Autoridade (Assinatura e carimbo):****05 – Local e data:****06 – Testemunha****Testemunha****07 - Recebi a segunda via deste parecer em / / às horas.****08 – Proprietário ou representante legal (ass.):**

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

1ª via: arquivo SIM – 2ª via: estabelecimento



**CIDERSU**

Consórcio Intermunicipal para o  
Desenvolvimento Regional Sustentável

Rua João Honorato de Carvalho, 121, Centro, Carvalhópolis-MG  
CEP 37.760-000 – Telefone: (35) 99723-3438 / (35) 99938-2069  
CNPJ Nº 21.466.597/0001-34

**TERMO DE INTERDIÇÃO N°**

<b>01 – Identificação da empresa</b>			<b>DATA:</b>
Razão social:			
Nome Fantasia:			
Nome do Produtor:			
Classificação:			N° de Registro no S.I.M:
CNPJ/CPF:		IE:	
Endereço:			
Município:		UF: MG	CEP:
Telefone:			
<b>02 – Instrumento normativo:</b>			
<b>03 – Descrição da ação:</b>			
Em / / à(s) : hora (s) no exercício de inspeção e fiscalização sanitária, ao realizar (ação e local):			
<b>Procedi(imos) à interdição do estabelecimento</b>			

<b>04 – Autoridade (Assinatura e carimbo):</b> _____	<b>05 – Local e data:</b> _____
<b>06 – Testemunha</b> _____	<b>Testemunha</b> _____
<b>07 - Recebi a segunda via deste parecer em ____/____/____ às ____ horas.</b>	
<b>08 – Proprietário ou representante legal (ass.):</b> _____	Nome: _____ RG: _____ CPF: _____

**CIDERSU**Consórcio Intermunicipal para o  
Desenvolvimento Regional SustentávelRua João Honorato de Carvalho, 121, Centro, Carvalhópolis-MG  
CEP 37.760-000 – Telefone: (35) 99723-3438 / (35) 99938-2069  
CNPJ Nº 21.466.597/0001-34**TERMO DE DESINTERDIÇÃO Nº****01 – Identificação da empresa****DATA:**

Razão social:

Nome Fantasia:

Nome do Produtor:

Classificação:

Nº de Registro no S.I.M:

CNPJ/CPF:

IE:

Endereço:

Município:

UF: MG

CEP:

Telefone:

**02 – Instrumento normativo:****03 – Descrição da ação:**

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à(s) \_\_\_\_ : \_\_\_\_ hora (s) no exercício de inspeção e fiscalização sanitária, ao realizar (ação e local):

**Procedi(mos) à desinterdição do estabelecimento****04 – Autoridade (Assinatura e carimbo):****05 – Local e data:****06 – Testemunha****Testemunha****07 - Recebi a segunda via deste parecer em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_ horas.****08 – Proprietário ou representante legal (ass.):**

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_



**CIDERSU**

Consórcio Intermunicipal para o  
Desenvolvimento Regional Sustentável

Rua João Honorato de Carvalho, 121, Centro, Carvalhópolis-MG  
CEP 37.760-000 – Telefone: (35) 99723-3438 / (35) 99938-2069  
CNPJ Nº 21.466.597/0001-34

1ª via: arquivo SIM – 2ª via: estabelecimento

|

<b>TERMO DE SUSPENSÃO N°</b>		
<b>01 – Identificação da empresa</b>		<b>DATA:</b>
Razão social: _____		
Nome Fantasia: _____		
Nome do Produtor: _____		
Classificação: _____		N° de Registro no S.I.M: _____
CNPJ/CPF: _____	IE: _____	
Endereço: _____		
Município: _____	UF: MG	CEP: _____
Telefone: _____		
<b>02 – Instrumento normativo:</b>		
<b>03 – Descrição da ação:</b>		
<b>04 – Autoridade (Assinatura e carimbo):</b>		<b>05 – Local e data:</b>
_____		_____
<b>06 – Testemunha</b>		<b>Testemunha</b>
_____		_____
<b>07 - Recebi a segunda via deste parecer em ___/___/___ às ___ horas.</b>		
<b>08 – Proprietário ou representante legal (ass.):</b>		<b>Nome:</b> _____
_____		<b>RG:</b> _____
		<b>CPF:</b> _____

1ª via: arquivo SIM – 2ª via: estabelecimento

**CIDERSU**Consórcio Intermunicipal para o  
Desenvolvimento Regional SustentávelRua João Honorato de Carvalho, 121, Centro, Carvalhópolis-MG  
CEP 37.760-000 – Telefone: (35) 99723-3438 / (35) 99938-2069  
CNPJ Nº 21.466.597/0001-34**TERMO DE INUTILIZAÇÃO Nº****01 – Identificação da empresa****DATA:**

Razão social:

Nome Fantasia:

Nome do Produtor:

Classificação:

Nº de Registro no S.I.M:

CNPJ/CPF:

IE:

Endereço:

Município:

UF: MG

CEP:

Telefone:

**02 – Instrumento normativo:****03 – Descrição da ação:**

Em / / à(s) : hora (s) no exercício de inspeção e fiscalização sanitária, ao realizar (ação e local):

**Realizei(amos) a inutilização do(s) bem(s) abaixo relacionado(s) e identificados****04 – Autoridade (Assinatura e carimbo):****05 – Local e data:****06 – Testemunha****Testemunha****07 - Recebi a segunda via deste parecer em / / às horas.****08 – Proprietário ou representante legal (ass.):**

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

1ª via: arquivo SIM – 2ª via: estabelecimento



**CIDERSU**  
Consórcio Intermunicipal para o  
Desenvolvimento Regional Sustentável

## Check List de Inspeção PERMANENTE

**RAZÃO SOCIAL:** José Sérgio Caminada Miranda Neto

**Nº DE REGISTRO NO CIDERSU:** 002

**DATA:**

1. Instalações e Equipamentos industriais		C	NC	NA	NO
1.4	Portas, janelas, óculos e outras aberturas estão adequadamente vedadas/fechadas?				
1.6	As embalagens e ingredientes de uso diário estão bem acondicionados na área de produção?				
1.7	Ausência de vazamentos de água?				
1.24	Os acionamentos de torneiras estão em funcionamento adequado?				

### DESCRIÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES

2. Vestiários, Sanitários e Barreiras Sanitárias		C	NC	NA	NO
2.1	Os acionamentos de torneiras estão em funcionamento adequado?				
2.2	As barreiras sanitárias dispõem de sabão líquido e desinfetante para higienização de mãos?				
2.3	As barreiras sanitárias dispõem de detergente para higienização de botas?				
2.4	As barreiras sanitárias dispõem de papel toalha descartável ou outro método adequado de secagem das mãos?				

### DESCRIÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES

3. Iluminação		C	NC	NA	NO
3.5	As luminárias estão em funcionamento?				

### DESCRIÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES





12. Bem-estar animal		C	NC	NA	NO
12.8	O número de animais abatidos, condizem com o número de animais contidos na GTA?				
12.2	As condições de acabamento das instalações de descanso evitam injúrias dos animais? (Caixas quebradas?)				
12.3	Os seguintes preceitos de bem estar estão sendo cumpridos na recepção dos animais: lotação das caixas de transporte, apanha adequada dos animais?				
12.5	Na contenção dos animais, o procedimento tem sido de forma calma?				
12.6	Foi constatada eficiência na insensibilização dos animais observados?				
12.7	O tempo entre insensibilização e sangria está adequado?				

DESCRIÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES

Legenda: C - Conforme; NC - Não conforme; NA - Não se aplica; NO - Não observado

**CONCLUSÃO:**

ASSINATURAS:		
NOME:	ASSINATURA:	ENTIDADE: