|  |
| --- |
| ( ) REGISTRO ( ) ALTERAÇÃO ( ) COMPLEMENTAÇÃO |

1. **IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RAZÃO SOCIAL: | | | | | |
| NOME FANTASIA: | | | | | |
| CNPJ: | | INSC. ESTADUAL:  INSCRIÇÃO DE PRODUTOR RURAL: | | | |
| PROPRIEDADE: ( ) PRÓPRIA ( ) ARRENDADA | | | | | |
| ENDEREÇO: | | | | | Itajaí/SC |
| BAIRRO: | | | CEP: | | |
| TELEFONE: | | | E-MAIL: | | |
| GEOREFERENCIA  (UFM ou G/M/S) | Latitude: | | | Longitude: | |
| SUL: | | | OESTE: | |

1. **IDENTIFIÇÃO DO RESPONSAVEL LEGAL**

|  |
| --- |
| PROPRIETÁRIO/RESPONSÁVEL LEGAL: |
| CPF: |
|  |
| GERENTE OPERACIONAL: |
| CPF: |
|  |
| Pessoas autorizadas a receber documentos legais PELA EMPRESA |
| 1. |
| 2. |
| 3. |

1. **RESPONSÁVEL TÉCNICO**

|  |
| --- |
| NOME: |
| CPF: CRMV/SC: |
| TELEFONE: E-MAIL: |

1. **DIAS E HORARIOS DE FUNCIONAMENTO**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **CLASSIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

*Baseada nos principais produtos e processos industriais e previsão legal do Decreto do SIM.*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **ABATE (quando houver)**

*Dias previstos, horário e tipo de insensibilização.*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Incluir quantas linhas necessárias.

1. **PRODUTOS QUE PRETENDE FABRICAR**

*Produtos que pretende fabricar e capacidade diária*

|  |  |
| --- | --- |
| Produto | Capacidade diária |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **CAPACIDADE MENSAL TOTAL**: |  |

Incluir quantas linhas necessárias.

1. **Detalhes do Terreno:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Área total do terreno: | **m**2 | Área a ser construída: | **m**2 |
| Área útil: | **m**2 | Recuo do alinhamento da rua: | **m**2 |
| Existência de edificação industrial: |  | Existência de edificações limítrofes: |  |
| Delimitação do perímetro industrial:  *Tipo de delimitação utilizada para impedir o acesso de animais e pessoas estranhas ao estabelecimento.* |  | | |
| Facilidade de escoamento das águas pluviais: |  | | |
| Destino das águas residuais, Rede de esgoto e  Licenciamento Ambiental |  | | |
| Fontes de mau cheiro: |  | | |
| Pavimentação externa:  *Área de transito de veículos e de pessoas* |  | | |

1. **ÁGUA DE ABASTECIMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| PROCEDÊNCIA |  |
| VAZÃO ADEQUADA PARA AS ATIVIDADES | ( ) SIM ( ) Não  Obs.: |
| RESERVATÓRIOS – CAPACIDADE E MATERIAL |  |
| CLORADOR AUTOMÁTICO NA ENTRADA DO RESERVATÓRIO | ( ) SIM ( ) NÃO |
| ÁGUA QUENTE | ( ) SIM ( ) NÃO |

1. **DEPENDÊNCIAS DO ESTABELECIMENTO (salas, depósitos de embalagens, depósito de ingredientes e depósito de produtos de limpeza, estruturas anexas)**

*Constituição e revestimento utilizado nas paredes, teto e piso em todas as dependências. Altura do pé direito. Temperatura de trabalho. Capacidade de cada setor. Área em metros quadrados da dependência.*

|  |  |
| --- | --- |
| Dependência: | Descrição: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Incluir quantas linhas necessárias.

1. **FUNCIONÁRIOS**

*Número de funcionários, uniformes, cores por setor, sistema de higienização,*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Incluir quantas linhas necessárias.

1. **VESTIÁRIOS E SANITÁRIOS**

*Número e tipo de lavatórios de mãos, tipos de torneira e de secagem, recipiente de sabonete líquido, lixeira com acionamento não manual, armários individuais.*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Incluir quantas linhas necessárias.

1. **BLOQUEIO SANITARIO**

*Descrição do lava botas, lavatório de mãos, pedilúvio, se houver.*

*Em frigorifico prever o bloqueio de acesso à área limpa e o bloqueio sanitário de acesso da área suja a área limpa.*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Incluir quantas linhas necessárias.

1. **DESCRIÇÃO DOS MAQUINÁRIOS, EQUIPAMENTOS, MOBILIÁRIOS E UTENSÍLIOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DENOMINAÇÃO | QUANT. | CAPACIDADE | ÁREA DE UTILIZAÇÃO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Incluir quantas linhas necessárias.

1. **INSTALAÇÕES DE FRIO**

*Câmaras (de espera, refrigeração ou congelamento); sistema de ventilação de salas.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DENOMINAÇÃO | QUANT. | TEMPERATURA MAXIMA E MINIMA | CAPACIDADE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Incluir quantas linhas necessárias.

1. **SISTEMA DE EXAUSTÃO**

*Quando aplicável em áreas de geração de calor.*

|  |  |
| --- | --- |
| Dependência: | Descrição: |
|  |  |
|  |  |

Incluir quantas linhas necessárias.

1. **SISTEMA DE COLETA DE RESÍDUOS DA PRODUÇÃO**

*Incluir condições e armazenamento até a destinação final.*

|  |  |
| --- | --- |
| RESÍDUO DA PRODUÇÃO | DESTINAÇÃO DOS RESÍDUOS |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Incluir quantas linhas necessárias.

1. **CONTROLE DE PRAGAS**

*Barreiras físicas contra o acesso de pragas, tipos de armadilhas, frequência de controle.**Descrever telas a prova e insetos, cortinas de ar, molas de vai e vem nas portas e outros.*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Incluir quantas linhas necessárias.

1. **MEIO DE TRANSPORTE**

*Descrição do transporte de matéria prima e produto acabado. Anexar Alvará sanitário e/ou contrato com terceiros.*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Incluir quantas linhas necessárias.

1. **DESCRIÇÃO COMPLEMENTAR**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Incluir quantas linhas necessárias.

1. **AUTENTICAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura e carimbo do responsável legal pelo estabelecimento | Assinatura e carimbo do responsável técnico pelo estabelecimento |
| Local | Data |

|  |
| --- |
| RECEBIDO  SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL  EM \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo do SIM |