

INSTRUÇÃO DE TRABALHO Nº 10, DE 4 DE JUNHO DE 2025

Procedimentos gerais para verificação dos
programas de autocontrole

1. Objetivo

Estabelecer procedimento para verificação dos programas de autocontrole nos estabelecimentos registrados ao Serviço de Inspeção Municipal.

2. Procedimento

Todo estabelecimento registrado no CISAN, deverá encaminhar o programa de autocontrole pela secretaria de agricultura do município consorciado ou diretamente ao e-mail simconsorciado@cisancentral.ro.gov.br devidamente preenchido para avaliação do documento (anexo I), sequente a uma verificação da implantação no local pelos fiscais do CISAN. Assim que for recebido o e-mail, será anexado ao processo do estabelecimento no sistema eletrônico e na pasta do servidor do Serviço de Inspeção Municipal.

A verificação do documento *in loco* (anexo II) deve ser feita com posse do plano descrito da empresa (monitoramento e verificação) gerados pelo estabelecimento e analisar os modelos de formulários e o preenchimento dos dados pela empresa, inclusive quanto a autenticidade (assinatura e carimbos).

JULIANA TIEMI YAMAGISHI

Coordenadora do Serviço de Inspeção Sanitária

ANEXO I

Checklist Documental

Responsável pelo SIM: _____ Data: ____/____/____

Nome do responsável: _____

CNPJ/CPF: _____ N° do registro: _____

1. Verificação	Conforme (C)	Não Conforme (NC)	Não Aplicável (NA)
1.1 As não conformidades do último checklist foram sanadas			
2. Documental			
2.1 Gestão de documentos			
2.2 – Avaliação, Aprovação ou Alteração de Projetos			
2.3 - Programas de Autocontrole			
2.3.1 - Manutenção (iluminação, ventilação, águas residuais e calibração)			
2.3.2 - Água de abastecimento			
2.3.3 - Controle integrado de pragas			
2.3.4 - Limpeza e Desinfecção/Sanitização (PPHO - Procedimento Padrão de Higiene Operacional)			
2.3.5 - Higiene, Hábitos Higiênicos dos funcionários			
2.3.6 - Procedimentos sanitários operacionais (PSO)			
2.3.7 - Controle da matéria-prima			
2.3.8 - Controle de temperaturas			
2.3.9 - Programa escrito de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle			
2.3.10 - Análises laboratoriais			
2.3.11 - Controle de formulação de produtos e combate à fraude			
2.3.12 - Manejo de resíduos			
2.3.13 - Rastreabilidade e recolhimento			
2.3.14 - Bem estar-animal			
2.3.15 - Identificação, Segregação e Destinação de Materiais Especificados de Risco (MER)			

Item	Não conformidade	Prazo de solução

Assinatura do Responsável pela Verificação

Assinatura do Responsável do Estabelecimento

Anexo II

VERIFICAÇÃO OFICIAL DE ELEMENTOS DE CONTROLE

VOEC Nº _____

CARÂTER DE INSPEÇÃO PERIÓDICO – IN LOCO

Razão Social/Nome Fantasia: _____

A- IDENTIFICAÇÃO DOS TURNOS
Número de turnos de trabalho:
Atividades realizadas no turno:

B- ELEMENTOS DE CONTROLE				
01. Manutenção (Incluindo iluminação, ventilação, águas residuais, calibração)				
Área/Instalação/Equipamento/Utensílio/ Instrumento (conforme o plano de Inspeção)	NC/ C	Compatibilidade com registros in loco da empresa? (sim ou não)	Data e hora	Responsável (rubrica)
Descrição da não conformidade e ações fiscais adotadas, quando couber:				

02. Água de abastecimento						
Ponto de coleta/Reservatório/Sistema de tratamento/Equipamento (Conforme plano de inspeção)	Cloro Residual livre (ppm)*	pH*	NC/ C	Compatibilidade com registros in loco da empresa? (sim ou não)	Data e hora	Responsável (rubrica)

*Preencher quando aferido

Descrição da não conformidade e ações fiscais adotadas, quando couber:

03. Controle Integrado de Praga

Área/Instalação/Equipamento/ (Conforme plano de Inspeção)	NC/C	Compatibilidade com registros in loco da empresa? (sim ou não)	Data e hora	Responsável (rubrica)

Descrição da não conformidade e ações fiscais adotadas, quando couber:

04. Higiene industrial e operacional

Área/Instalação (Conforme plano de Inspeção)	Pré/ Operacional	Implementação/Mo nitoramento/Verifi cação/Ação Corretiva	NC/ C	Compatibilidade com registros in loco da empresa? (sim ou não)	Data e hora	Responsáv el (rubrica)

*Preencher quando aferido

Descrição da não conformidade e ações fiscais adotadas, quando couber:

05. Higiene e hábito higiênico dos funcionários

Área/Instalação (Conforme plano de Inspeção)	NC/C	Compatibilidade com registros in loco da empresa? (sim ou não)	Data e hora	Responsável (rubrica)

Descrição da não conformidade e ações fiscais adotadas, quando couber:

06. Procedimentos sanitários operacionais

Área/Instalação/Equipamnt o/Operação (Conforme plano de Inspeção)	NC/C	Compatibilidade com registros in loco da empresa? (sim ou não)	Data e hora	Responsável (rubrica)

Descrição da não conformidade e ações fiscais adotadas, quando couber:

07. Controle de matéria-prima (inclusive aquelas destinadas ao aproveitamento condicional), ingrediente e de material de embalagem

Matéria-prima/Insumo (Conforme plano de Inspeção)	NC/C	Compatibilidade com registros in loco da empresa? (sim ou não)	Data e hora	Responsável (rubrica)

Descrição da não conformidade e ações fiscais adotadas, quando couber:

08. Controle de temperatura

Área/Instalação/Equipamen to/Produto/Operação (Conforme plano de inspeção)	Observação direta/Mensuração direta*	NC/ C	Compatibilidade com registros in loco da empresa? (sim ou não)	Data e hora	Responsáv el (rubrica)

*No caso de mensuração direta deve-se obrigatoriamente registrar o resultado do que foi constatado discriminando o processo/equipamento/lote e o valor encontrado)
Descrição da não conformidade e ações fiscais adotadas, quando couber:

09. Programa de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle – APPC (Conforme o plano de Inspeção)

PCC	Monitoramento/ Verificação/Ação/Corretiva	Observação direta/Mensuração direta*	NC/C	Compatibilidade com registros in loco da empresa? (sim ou não)	Data e hora	Responsável (rubrica)

* No caso de mensuração direta deve-se obrigatoriamente registrar o resultado do que foi constatado discriminando o processo/equipamento/lote e o valor encontrado)
Descrição da não conformidade e ações fiscais adotadas, quando couber:

10. Análise laboratoriais (Programas de autocontrole ou atendimento de requisitos sanitários específicos de certificação)

Área/Instalação/Equipamento/Operação	NC/C	Compatibilidade com registros in loco da empresa? (sim ou não)	Data e hora	Responsável (rubrica)

Descrição da não conformidade e ações fiscais adotadas, quando couber:

11. Controle de formulação de produtos e combate à fraude (inclusive in natura, conforme o plano de inspeção)

Formulação/Processo/Rótulo	NC/C	Compatibilidade com registros in loco da empresa? (sim ou não)	Data e hora	Responsável (rubrica)

Descrição da não conformidade e ações fiscais adotadas, quando couber:

12. Rastreabilidade e Recolhimento

Produto/Operação/Mercado /Destinação (Conforme plano de Inspeção)	NC/C	Compatibilidade com registros in loco da empresa? (sim ou não)	Data e hora	Responsável (rubrica)

Descrição da não conformidade e ações fiscais adotadas, quando couber:
--

C- Nome, data, carimbo e assinatura
Assinatura e carimbo da equipe de servidores oficiais responsáveis pela verificações oficiais acima, com identificação da(s) rubrica(s):
Assinatura do representante do estabelecimento:
DATA: ____/____/____

Município de Ariquemes – RO
Rua Canindé, nº 3622, Setor Institucional
CEP: 76.872-872

Município de Ariquemes – RO
Rua Canindé, nº 3622, Setor Institucional
CEP: 76.872-872



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SANEAMENTO DA REGIÃO CENTRAL DE RONDÔNIA
RUA CANINDÉ, 3622 - SETOR INSTITUCIONAL - CNPJ: 10.914.290/0001-32
ARIQUEMES/RO - CEP 76872-872
FONE: (69) 3516-2097



CÓDIGO DE ACESSO
EE31792A5147441DA6DEA088757249CC

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Este documento foi assinado digitalmente/eletronicamente pelos seguintes signatários nas datas indicadas

Para verificar a validade das assinaturas acesse o link abaixo

<https://cisancentral.flowdocs.com.br:2053/public/assinaturas/EE31792A5147441DA6DEA088757249CC>