



## REQUERIMENTO TABACARIA - TAB

| TIPO DE SERVIÇO          |                                      |
|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Alvará Sanitário                     |
| <input type="checkbox"/> | Alvará para Evento                   |
| <input type="checkbox"/> | Alvará de Temporada                  |
| <input type="checkbox"/> | Habite-se                            |
| <input type="checkbox"/> | Baixa de Funcionamento               |
| <input type="checkbox"/> | Antecipação de Alvará                |
| <input type="checkbox"/> | Licença de Transporte                |
| <input type="checkbox"/> | Antecipação de Licença de Transporte |
| <input type="checkbox"/> | Outros                               |
| <input type="checkbox"/> | Baixa de Responsabilidade Técnica    |
| <input type="checkbox"/> | Baixa de Alvará                      |
| <input type="checkbox"/> | Baixa de Licença de Transporte       |

| SOLICITANTE                |  |
|----------------------------|--|
| NOME COMPLETO:             |  |
| CONTATO:                   |  |
| CONTABILIDADE (SE HOUVER): |  |

| NATUREZA DO ALVARÁ       |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Estabelecimentos industriais, comerciais e agropecuários |
| <input type="checkbox"/> | Habitação (Habite-se)                                    |
| <input type="checkbox"/> | Estabelecimentos de saúde, educação pré-escolas e outros |

| TIPO                                     |
|--|
| <input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica |
| <input type="checkbox"/> Pessoa Física   |

| CLASSIFICAÇÃO   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Comércio   |
| <input type="checkbox"/> Agropecuário   |
| <input type="checkbox"/> Educação   |
| <input type="checkbox"/> Farmácias com Manipulação de Fórmulas  |
| <input type="checkbox"/> Fabricante e/ou Importador de Produtos para a Saúde                                      |
| <input type="checkbox"/> Saúde (outros cadastros de interesse, não especificados anteriormente)                   |
| <input type="checkbox"/> Indústria de Alimentos   |
| <input type="checkbox"/> Indústria de Alimentos (Palmito)   |
| <input type="checkbox"/> Indústria de Alimentos (Amendoim)  |
| <input type="checkbox"/> Indústria (Outros, não especificados anteriormente)                                      |
| <input type="checkbox"/> Assessoria e consultoria técnica na área de engenharia, segurança e medicina do trabalho |

| PORTE                    |         |
|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | Micro   |
| <input type="checkbox"/> | Pequeno |
| <input type="checkbox"/> | Médio   |
| <input type="checkbox"/> | Grande  |
| <input type="checkbox"/> | MEI     |
| <input type="checkbox"/> | DEMAIS  |

| DADOS DO ESTABELECIMENTO |            |                |              |         |
|--------------------------|------------|----------------|--------------|---------|
| CNPJ:                    |            | RAZÃO SOCIAL:  |              |         |
|                          |            | NOME FANTASIA: |              |         |
| ENDEREÇO:                |            | N.             | COMPLEMENTO: | BAIRRO: |
| CEP:                     | MUNICÍPIO: | TELEFONE:      | E-MAIL:      |         |

| ATIVIDADES DESENVOLVIDAS |           |
|--------------------------|-----------|
| CNAE                     | ATIVIDADE |
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |

| RESPONSÁVEL LEGAL |                |
|-------------------|----------------|
| CPF:              | NOME COMPLETO: |
|                   |                |

ITAPEMA/SC, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS TABACARIA - TAB

| CNAE      | ATIVIDADE |
|-----------|-----------|
| 4729-6/01 | Tabacaria |

| GRAU DE RISCO | ÁREA      | PROCESSO     |
|---------------|-----------|--------------|
| BAIXO         | Alimentos | Simplificado |

| DOCUMENTOS NECESSÁRIOS |   |
|------------------------|---|
|                        | Requerimento devidamente preenchido e assinado pelo representante legal                                 |
|                        | CNPJ atualizado (emitido nos últimos 30 dias)   |
|                        | Contrato Social <b>OU</b><br>Requerimento do Empresário Individual                                      |
|                        | Viabilidade de funcionamento <b>OU</b><br>Alvará de localização e funcionamento                         |
|                        | Atestado de funcionamento do Corpo de Bombeiros <b>OU</b><br>Isenção de Atestado <b>OU</b><br>Protocolo |
|                        | Certificado de Controle de pragas - desinsetização/desratização (empresa com registro na VISA Itapema)  |
|                        | Certificado de limpeza e desinfecção do reservatório d'água <b>OU</b><br>Declaração de que não possui   |
|                        | Comprovante de manutenção e limpeza dos aparelhos de ar condicionado (até 60.000 BTUs)                  |
|                        | Plano de Manutenção, Operação e Controle - PMOC do sistema de ar condicionado (acima de 60.000 BTUs)    |
|                        | Carteiras de Saúde <b>OU</b><br>Atestado de Saúde Ocupacional (ASO)                                     |
|                        | Planta baixa do Lounge contemplando o Sistema de Exaustão instalado no local                            |
|                        | Fotos nítidas das instalações do Lounge comprovando estar de acordo com a legislação vigente            |
|                        | Roteiro de Auto Inspeção e Autodeclaração devidamente preenchidos e assinados pelo responsável legal    |
|                        | Comprovante de pagamento da Taxa de Vigilância Sanitária  |



## ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO SANITÁRIA TABACARIA - TAB

### DADOS DO ESTABELECIMENTO

|           |            |                |              |         |  |
|-----------|------------|----------------|--------------|---------|--|
| CNPJ:     |            | RAZÃO SOCIAL:  |              |         |  |
|           |            | NOME FANTASIA: |              |         |  |
| ENDEREÇO: |            | N.:            | COMPLEMENTO: | BAIRRO: |  |
| CEP:      | MUNICÍPIO: | TELEFONE:      | F-MAIL:      |         |  |

### RESPONSÁVEL LEGAL

|      |                |
|------|----------------|
| CPF: | NOME COMPLETO: |
|------|----------------|

### FUNCIONÁRIOS

|                     |                 |               |
|---------------------|-----------------|---------------|
| Nº DE FUNCIONÁRIOS: | Nº DE MULHERES: | Nº DE HOMENS: |
|---------------------|-----------------|---------------|

### LEGENDA

**S** - SIM    **N** - NÃO    **NA** - NÃO SE APLICA    **CF** - CONFORMIDADE (a ser preenchida pelo fiscal no momento da inspeção)

### ITENS NECESSÁRIOS

| ITEM  | S | N | NA | CF | ENQUADRAMENTO LEGAL   |
|---|---|---|----|----|---|
| Vende, importa ou exporta somente produtos fumígenos regularizados junto a ANVISA?  |   |   |    |    | Art. 29 da RDC 226/2018 da ANVISA   |
| Comercializam produtos fumígenos derivados do tabaco com as advertências sanitárias sobre o risco decorrentes destes produtos?  |   |   |    |    | Art. 2º da RDC 195/2017 da ANVISA   |
| Os expositores ou mostruários são <b>EXCLUSIVOS</b> para os produtos fumígenos derivados do tabaco expostos à venda e possuem as respectivas advertências sanitárias, mensagem de <b>proibição de venda a menor de dezoito anos e tabelas de preços?</b>  |   |   |    |    | Art. 3º A, IX, da Lei federal nº 9.294/1996. Art. 5º, §2º, da RDC 213/2018 da ANVISA  |
| Mantém totalmente visível as advertências sanitárias e a mensagem de proibição de venda a menor de dezoito anos nos expositores ou mostruários?   |   |   |    |    | Art. 5º, §6º, da RDC 213/2018 da ANVISA   |
| Cumprer a legislação que proíbe a comercialização ou importação de dispositivos eletrônicos para fumar, incluindo seus acessórios e refis?  |   |   |    |    | Art. 1º da RDC 46/2009 ANVISA   |
| Cumprer a legislação que proíbe a comercialização de produtos fumígenos derivados do tabaco pela internet?  |   |   |    |    | Art. 8º, II, da RDC 213/2018 da ANVISA; c/c Art. 3º A, III, da Lei Federal nº 9.294/1996  |
| Cumprer a legislação que proíbe a distribuição de amostra grátis de produto fumígeno?   |   |   |    |    | Art. 8º, IV, da RDC 213/2018 da ANVISA; c/c Art. 3º A, II, da Lei Federal nº 9.294/1996   |
| Cumprer a legislação que proíbe a propaganda de produto fumígeno derivado do tabaco?  |   |   |    |    | Art. 5º, §1º, da RDC 213/2018 da ANVISA; c/c Art. 3º, "caput" da Lei Federal nº 9.294/1996; c/c Art. 7º, "caput", da Lei Federal 9.294/1996 |
| Proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco no local de venda? (caso possua área para uso do produtos preencher também o próximo questionário)   |   |   |    |    | Art. 2º da Lei Federal nº 9.294/1996; c/c Art. 3º do Decreto Federal nº 2.018/1996  |
| Cumprer a legislação que proíbe o uso de pôsteres, painéis, cartazes e qualquer dispositivo ou recurso visual, gráfico, sonoro, sensorial, de movimento ou de iluminação, tanto no interior do expositor ou mostruário, quanto em local externo, que confira destaque aos produtos ou a uma marca específica? |   |   |    |    | Art. 5º, §4º, da RDC 213/2018 da ANVISA   |

### ÁREA EXCLUSIVA PARA USO DE PRODUTOS

| ITEM   | S | N | NA | CF | ENQUADRAMENTO LEGAL                                     |
|--|---|---|----|----|---|
| Na face externa da porta de entrada da área exclusiva para uso de produtos fumígenos possui advertência sanitária ao consumidor contendo informações <b>sobre os malefícios decorrentes do uso de produtos fumígenos derivados ou não do tabaco?</b> A advertência |   |   |    |    | Art. 7º, II, da Portaria Interministerial nº 2.647/2014 |



|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| sanitária também está afixada no interior da área exclusiva para o uso dos produtos?   |  |  |  |   |
| Na face externa da porta de entrada da área exclusiva para uso de produtos fumígenos possui informações sobre <b>a utilização do local, os horários de funcionamento, a capacidade máxima de pessoas e a proibição de comercialização, distribuição e fornecimento de produtos alimentícios e produtos fumígenos?</b>  |  |  |  | Art. 7º, I, da Portaria Interministerial nº 2.647/2014  |
| Possui enclausuramento completo da área exclusiva para uso de produtos fumígenos derivados ou não do tabaco, <b>sem aberturas para o interior do estabelecimento</b> em que esteja localizada, não sendo separada das demais áreas por paredes, sem que pelo menos uma dessas paredes seja construída com materiais que permitam a visualização completa de seu interior, com acesso efetuado por uma única porta? |  |  |  | Art. 6º, I, b, da Portaria Interministerial nº 2.647/2014. Art. 3º, §2º, II, do Decreto Federal nº 2.018/1996 |
| Possui sistemas de prevenção de combate a incêndio (extintores, sprinklers, entre outros)?   |  |  |  | Art. 6º, I, e, da Portaria Interministerial nº 2.647/2014   |
| O sistema de ventilação por exaustão é mantido em operação <b>após a desocupação e desativação da área exclusiva para uso de produtos fumígenos derivados ou não do tabaco, sendo desligado automaticamente pela ação de um relê temporizador</b> , de forma a exaurir os resíduos e odores de fumaça que ficariam retidos e acumulados no ambiente fechado?   |  |  |  | Art. 6º, §2º, da Portaria Interministerial nº 2.647/2014  |
| O sistema de ventilação por exaustão é suficiente para conter as emissões de contaminantes para outros ambientes?  |  |  |  | Art. 6º, II, a, da Portaria Interministerial nº 2.647/2014  |
| Não permite a permanência regular de trabalhadores no interior das áreas exclusivas para o uso de produtos fumígenos?  |  |  |  | Art. 5º da Portaria Interministerial nº 2.647/2014  |
| Adota medidas de proteção à saúde do trabalhador em relação à exposição ao fumo?   |  |  |  | Art. 3º, §3º, II, do Decreto Federal nº 2.018/1996  |

#### OBSERVAÇÕES:

<sup>1</sup> Autoridade de Saúde, no exercício de suas atribuições, poderá exigir além dos itens relacionados neste roteiro, outros que se fizerem necessários para garantia da Saúde Pública, bem como que constam em normas aplicáveis ao caso;

<sup>2</sup> Este roteiro poderá ser revisto, sempre que necessário, de acordo com as determinações da Autoridade de Saúde.

DATA DO PREENCHIMENTO DO ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## AUTODECLARAÇÃO

Declaro estar ciente das normas sanitárias vigentes para a atividade pretendida e me comprometo ao cumprimento das mesmas, assegurando a qualidade dos produtos e/ou serviços oferecidos. Declaro ainda, que as informações aqui prestadas são expressão da verdade e que o preenchimento deste roteiro com informações falsas constitui infração sanitária, estando sujeito às sanções cabíveis.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal

\_\_\_\_\_  
CPF