

Identificação do Profissional responsável pelo preenchimento

**Nome
Cargo ou
função
DIR ou
Município
Número da
Credencial
Data da
Vistoria
Data da
Entrega do
Roteiro**

Nome Cargo ou Função Local de Trabalho

Identificação do Estabelecimento

Tipo de Vistoria:

- rotina
 - denúncia
 - para fins de certificado
- Razão social do estabelecimento

Nome fantasia do estabelecimento.

Nome do proprietário do estabelecimento.

CGC _____

Município _____

Endereço.

Bairro _____

Fone _____

_____ CEP

Horário de funcionamento do estabelecimento.

Caracterização do Estabelecimento

O estabelecimento realiza as seguintes atividades.

- atividades físicas, (dança, exercícios, condicionamento físico,)
 - massagem
 - atividade de estética
 - atividade de natação / hidroginástica
 - atividade de emagrecimento/ regime alimentar
 - outros
- OBS: No caso de outros especificar.
-

Responsabilidade Técnica

Nome do responsável técnico do estabelecimento.

Especialidade.

Carga Horária. _____

Nome do responsável técnico do Ambulatório Médico.

Especialidade.

Carga Horária. _____

Registro no Conselho de Classe. _____

Carga Horária e recursos Humanos

Obs: especificar o tipo de profissional, quantidade, e a carga horária/dia.

Prof. de educação física/

habilitado

Prof. de educação física/ não

habilitado

Médico

Recepcionista

peçoal de limpeza

outros / especificar

Quanto a Estrutura Físico-funcional

Ambientes

**Dimens Quantid Intalações elétricas e
ão ade hidráulicas**

Bom Regular Ruim

Recepção

Sala de condicionamento

físico
Sala de dança
Ambulatório Médico
Cantina
Cozinha
Depósito de materiais
esportivos
Sanitário para
público,ambos sexos
Vestiário para
público,ambos sexos
Sala Administrativa
Sala de estética
Outros, especificar

Ambientes	Iluminação	Ventilação	Estado de Conservação e Higiene
			Bom Regular Ruim

Recepção
Sala de condicionamento
físico
Sala de dança
Ambulatório Médico
Cantina
Cozinha
Depósito de materiais
esportivos
Sanitário para
público,ambos sexos
Vestiário para
público,ambos sexos
Sala Administrativa
Sala de estética
Outros, especificar

OBS: No caso de mais de uma sala de cada item especificado, deverá ser xerocopiado a tabela acima.

O estabelecimento possui acesso independente para:

Público () sim () não

Transporte de materiais e resíduos () sim () não

Possui sistema de esgoto?

() sim () não

No caso de negativo, relacione o sistema adotado.

O estabelecimento é abastecido por sistema Público de Água tratada?

() sim () não

No caso de negativo, relacione o sistema adotado.

O estabelecimento dispõe de reservatório de água potável ?

() sim () não

O estabelecimento dispõe de piscina revestida de material lavável e impermeável?

sim não

As paredes, tetos, pisos e bancadas são de acabamento:

liso

impermeável

resistente

lavável

fácil higienização

Os ralos das salas de atividades físicas possuem fecho hídrico e dispositivo de fechamento com tampa escamoteável ?

sim não

O ambulatório médico possui lavatório para degermação das mãos dos profissionais?

sim não

A pia do ambulatório médico é provida de :

torneira sem acionamento manual

sabão / antisséptico

papel toalha

lixeira com tampa de acionamento por pedal

outros

No caso de outros, citar.

O ambulatório médico dispõe de medicamentos?

sim não

No caso de haver medicamentos controlados, citar.

Colocar no quadro abaixo todos os ambientes, e os equipamentos nele existentes assim como a Quantidade e Estado de Conservação e Higiene

Ambientes

**Equipamentos
conservação/higiene**

Quantidade

Bom Regular Ruim

Os serviços de manutenção de equipamentos, são realizados:

pelo próprio serviço

() por serviço contratado

Os equipamentos e mobiliários estão em bom estado de conservação e limpeza?

() sim () não

Conclusões

Descreva de modo sucinto o que foi observado durante a vistoria, assim como as orientações fornecidas.

—

—

—

—

—

—