|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLANO DE TRABALHO ANUAL**  **ANEXO VI -** PORTARIA N° **074**, DE 14 DE MARÇO DE 2023. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Serviço de Inspeção Municipal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (identificar município) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Composição da equipe do SIM/Consórcio (execução das atividades de inspeção e fiscalização) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Carga horária semanal | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. **Das atividades de inspeção e fiscalização** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Citar ato complementar, ou outros dispositivos (procedimento/Instrução de trabalho) que conduz a realização das atividades de inspeção e fiscalização: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Relação dos estabelecimento registrados no SIM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° SIM | Classificação | | | | | | | Estabelecimentos com inspeção permanente indicar os dias e horários de abate | | | | | | | | | | | | | Estabelecimentos com inspeção periódica: informar a frequência de fiscalização. | | | | | | | | | | Indicar o risco estimado associado ao estabelecimento, quando a programação for baseada em risco. | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Sugestão**: Cronograma mensal de fiscalização/inspeção por servidor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Servidor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | Seg | | | | | | | Ter | | | | | | Qua | | | | | | | Qui | | | | | | | | | Sex | | | | | | |
| Semana 1 | Manhã | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Tarde | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Semana 2 | Manhã | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Tarde | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Semana 3 | Manhã | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Tarde | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Semana 4 | Manhã | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Tarde | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| \* Para servidores com menos de 40 horas semanais, identificar no cronograma os dias ou turnos em que não haverá jornada de trabalho no SIM).  \* Se a frequência de fiscalização for mensal, o cronograma mensal será suficiente. Se o maior intervalo for trimestral, inserir cronograma de 3 meses para observar se há compatibilidade entre força de trabalho e número de estabelecimentos registrados. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Coletas de amostras fiscais** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Citar ato complementar, ou outros dispositivos (procedimento/Instrução de trabalho) que conduz a realização da atividade de coleta de amostras para análises microbiológicas e físico-químicas: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cronograma anual de coletas de amostra de água e produtos por estabelecimento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COLETA | | JAN | | | FEV | | | | MAR | | | ABR | | | | MAI | | JUN | | | | JUL | | | AGO | | | | SET | | | | OUT | | | | | NOV | | | | DEZ | |
| F | M | | F | M | | | F | M | | F | M | | | F | M | F | | M | | F | | M | F | | M | | F | | | M | F | | M | | | F | | M | | F | M |
| *Nome do produto* | |  |  | |  |  | | |  |  | |  |  | | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  |  |
| *água* | |  |  | |  |  | | |  |  | |  |  | | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  | | |  |  | |  |  | | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  | | |  |  | |  |  | | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  |  |
| F= físico-química M= microbiológica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Verificação Oficial dos Programas de Autocontrole** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Citar ato complementar, ou outros dispositivos (procedimento/Instrução de trabalho) que conduz a realização da atividade de verificação oficial dos programas de autocontrole: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frequência de verificação in loco: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cronograma de verificação oficial documental** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Elemento de controle** | | | | JAN | | | FEV | | | | MAR | | | ABR | | | MAI | | JUN | | | | JUL | | | AGO | | | | SET | | | | OUT | | | | | NOV | | DEZ | | |
| Manutenção | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | |
| Água de abastecimento | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | |
| Controle integrado de pragas | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | |
| Higiene industrial e operacional | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | |
| Higiene e hábitos higiênicos dos funcionários | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | |
| Controle de matéria-prima | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | |
| Controle de temperatura | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | |
| Análises laboratoriais | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | |
| ... | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coordenador do SIM:  Nome e assinatura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Data: | | | | | | | |