



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TUNAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA AGRICULTURA  
SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL

| INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 08<br>ESTABELECE A NORMATIZAÇÃO PARA O MODELO DE<br>VERIFICAÇÃO OFICIAL DE ELEMENTOS DE CONTROLE EM<br>ESTABELECIMENTOS COM INSPEÇÃO PERMANENTE OU PERIÓDICA<br>DE PRODUTOS DE ORIGEM ANIMAL |                                 |                                   |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------|
| Nº de páginas:<br>30                                                                                                                                                                                                | Data da 1ª Versão<br>22/09/2023 | Data da Modificação<br>14/08/2025 | Versão nº:<br>02 |

O Secretário Municipal da Agricultura e a Coordenadora do Serviço de Inspeção Municipal de Tunas, Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições que lhes conferem a Lei Orgânica do Município e de acordo com o disposto na Lei Municipal n.º 1.455, de 07 de agosto de 2025 e Decreto Municipal n.º 2.044, de 29 de julho de 2025, ou legislações que vierem a substituí-las e/ou alterá-las.

Considerando a necessidade de estabelecer Modelo de Verificação Oficial de Elementos de Controle.

Resolvem:

**Art. 1º** Aprovar o modelo oficial de Roteiro de Inspeção Sanitária para Verificação dos Programas de Autocontrole pelo S.I.M. incluindo o modelo de plano de ação constante dos **ANEXOS I a V** desta Instrução.

Parágrafo único. O roteiro de inspeção será construído contemplando a verificação oficial dos elementos de controle implantados nos estabelecimentos registrados no S.I.M. que se dará por meio de avaliação documental e *in loco*.

**Art. 2º** Para fins desta Instrução são adotadas as seguintes definições:

I. - Plano de Inspeção (PI): compreende o planejamento descrito de verificação oficial do programa de autocontrole, de forma adaptada à estrutura e processos de cada estabelecimento, devendo contemplar a descrição de todos os procedimentos de fiscalização que serão executados, bem como a frequência de sua aplicação.



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TUNAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA AGRICULTURA  
SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL**

II - Área de Inspeção (AI): todas as seções ou setores envolvidos na produção e os equipamentos e utensílios envolvidos no processo. A Área de Inspeção inclui forro, paredes, pisos, drenos e outras estruturas eventualmente presentes.

III - Unidades de Inspeção (UIs): subdivisão de cada Área de Inspeção em Unidades de Inspeção (UIs), que devem ser definidas levando-se em consideração o tempo necessário para sua inspeção visual das superfícies. Este tempo deve ser de aproximadamente 1 (um) minuto. A Unidade de Inspeção (UI) compreende o espaço tridimensional onde está inserido o equipamento, limitado por parede, piso, teto e outras estruturas eventualmente presentes.

**DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS**

**Art. 3º** Casos omissos serão dirimidos pelo Serviço de Inspeção Municipal e pela Equipe Técnica do CI/JACUÍ.

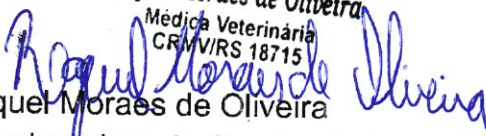
**Art. 4º** Os procedimentos que trata essa Instrução Normativa serão realizados sem prejuízo ao cumprimento dos demais atos normativos específicos.

**Art. 5º** Esta instrução normativa entra em vigor na data de sua publicação.

Tunas, 14 de agosto de 2025.

  
Gil de Mello

Secretário Municipal de Agricultura e Meio Ambiente

  
Raquel Moraes de Oliveira  
Médica Veterinária  
CRMV/RS 18715  
Coordenadora do Serviço de Inspeção Municipal





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TUNAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA AGRICULTURA  
SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL

**Anexo 1**

Na verificação oficial, deverão ser considerados, entre outras, as seguintes orientações em cada elemento de controle:

**- Manutenção (incluindo iluminação, ventilação, águas residuais e calibração)**

- 1 - Avaliar se as Áreas de Inspeção (AI), suas instalações, equipamentos e seus utensílios foram localizados, projetados e construídos de forma a permitir a fácil manutenção e higienização, e funcionam de acordo com o uso pretendido e de forma a minimizar a contaminação cruzada, e estão em condição sanitária de operação.
- 2 - Avaliar se as AIs dispõem de iluminação natural ou artificial com intensidade suficiente, de acordo com a natureza da operação, inclusive nos pontos de inspeção ou inspeção em estabelecimentos de abate.
- 3 - Avaliar se as AIs dispõem de ventilação natural ou mecânica de forma a minimizar a contaminação por meio do ar, controlar a temperatura ambiente, a umidade e os odores que possam afetar os produtos de origem animal e impedir que o ar flua de áreas contaminadas para áreas limpas, bem como impeça a formação de condensação.
- 4 - Avaliar se as AIs dispõem de sistema de recolhimento de águas residuais que facilite o recolhimento e capaz de drenar o volume produzido, bem como se é capaz de prevenir eventuais refluxos de água que possam contaminar a rede de abastecimento de água potável.
- 5 - Avaliar se as AIs dispõem de instrumentos ou equipamentos calibrados ou aferidos, que funcionem de acordo com o uso pretendido e se estão devidamente identificados.

**- Água de Abastecimento**

- 1 - Avaliar se o estabelecimento dispõe de água potável em quantidade suficiente para o desenvolvimento de suas atividades, com instalações adequadas para seu armazenamento e distribuição.
- 2 - Avaliar se o estabelecimento dispõe de pontos de coleta de água identificados e representativos do sistema de captação após o tratamento, reservatório e





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TUNAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA AGRICULTURA  
SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL

distribuição da água, e nos equipamentos que se fizerem necessários.

3 - Avaliar se o vapor e o gelo que entram em contato direto ou indireto com os produtos de origem animal foram obtidos de forma a garantir sua inocuidade.

4 - Mensurar o cloro residual livre e o pH dos pontos de coleta.

**- Controle Integrado de Pragas**

1 - Avaliar se o controle ou o programa é eficaz e contínuo, de forma a evitar o acesso, a presença e a proliferação de pragas na área da empresa.

2 - Avaliar in loco as armadilhas, seu monitoramento, as barreiras físicas contra o acesso de pragas e o perímetro do estabelecimento.

**- Higiene Industrial e Operacional**

1 - Avaliar se os procedimentos de limpeza e sanitização garantem que as unidades de inspeção (UIs) sejam limpas e sanitizadas antes do início das operações (pré-operacional) e durante as operações (operacional), de acordo com a natureza do processo de fabricação. A avaliação abrange a implementação, o monitoramento, a verificação e as ações corretivas. A implementação traduz-se na execução dos procedimentos descritos no plano envolvendo a metodologia empregada e suas etapas, material utilizado, e tempo de contato, tipo e concentração dos agentes sanitizantes.

O monitoramento pré-operacional consiste em avaliar a eficácia da higienização antes do início das operações com intuito de indicar se a UI está ou não em condições sanitárias.

O monitoramento operacional consiste em avaliar se a UI mantém ou não as condições sanitárias durante as operações ou seus intervalos. A verificação consiste em avaliar se o monitoramento ou a implementação estão sendo realizados da forma adequada conforme plano escrito.

As ações corretivas devem ser avaliadas frente as não conformidades detectadas considerando:

*I – As medidas corretivas identificam e eliminam a causa do desvio?*

*II – As medidas adotadas restabelecem as condições higiênico-sanitárias do produto?*

*III – As medidas preventivas adotadas evitam a recorrência de desvios?*





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TUNAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA AGRICULTURA  
SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL

*IV – As medidas de controle adotadas garantem que nenhum produto que possa causar dano à Saúde Pública, ou que esteja adulterado, fraudado ou falsificado, chegue ao consumo?*

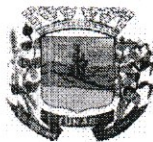
Neste elemento deve ser avaliada também a higienização dos reservatórios de água de abastecimento.

**- Higiene e Hábitos Higiênicos dos Funcionários**

- 1 - Avaliar se os manipuladores que entram em contato direto ou indireto com os produtos de origem animal adotam práticas higiênicas e de asseio pessoal, e são submetidos a controle ou avaliação de saúde.
- 2 - Avaliar se os manipuladores que entram em contato direto ou indireto com os produtos de origem animal são treinados considerando as atividades que desempenham.

**- Procedimentos Sanitários Operacionais**

- 1 - Avaliar se os procedimentos sanitários operacionais foram mapeados considerando o processo produtivo.
- 2 - Avaliar se os procedimentos sanitários operacionais estão sendo executados conforme previsto no programa escrito, de forma a evitar a contaminação cruzada do produto.
- 3 - Avaliar o controle da matéria-prima (inclusive aquelas destinadas ao aproveitamento condicional), ingrediente e material de embalagem
- 4 - Avaliar se há procedimentos especificando os critérios utilizados para a seleção, recebimento e armazenamento da matéria-prima, ingredientes e embalagens. Os procedimentos devem prever o destino a ser dado às matérias-primas, ingredientes e embalagens reprovados no controle efetuado. Neste elemento devem ser considerados como matéria-prima também os animais destinados ao abate e toda a documentação de suporte da produção primária.
- 5 - Avaliar se há procedimentos quanto ao recebimento, identificação, armazenamento e controle do uso das matérias-primas destinadas ao aproveitamento condicional.
- 6 - As embalagens utilizadas em produtos principalmente esterilizados devem ser avaliadas quando a resistência e selagem ou recravação. Avaliar a



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TUNAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA AGRICULTURA  
SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL**

implementação do disposto na Instrução Normativa nº 49, de 14 de setembro de 2006 do MAPA.

**- Controle de temperaturas**

- 1 - Avaliar se há controle de temperatura de ambientes, equipamentos, operações e produtos/matérias-primas, de acordo com a natureza da operação.
- 2 - Mensurar as temperaturas de ambientes, equipamentos, operações e de produtos/matérias-primas, conforme o caso.
- 3 - Nos processos produtivos que envolvam cozimento deve ser avaliada a validação térmica correspondente e o cozimento propriamente dito no elemento de controle do APPCC quando este for considerado um PCC.

**- Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle**

1 - Avaliar se há implantado o sistema de Análise de Perigo e Pontos Críticos de Controle, de acordo com a natureza da operação. O APPCC pode ser verificado nas seguintes etapas:

- a) Monitoramento – devem-se avaliar os procedimentos por observação direta do operador da empresa, responsável pelo monitoramento ou realizar a mensuração do limite crítico diretamente.
- b) Verificação – devem-se avaliar os procedimentos por observação direta do operador da empresa, responsável pela verificação, ou realizar a mensuração do limite crítico diretamente.
- c) Ação corretiva/preventiva – deve-se avaliar se as ações executadas considerando:

*I – As medidas corretivas identificam e eliminam a causa do desvio?*

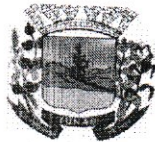
*II – As medidas adotadas restabelecem as condições higiênico-sanitárias do produto?*

*III – As medidas preventivas adotadas evitam a recorrência de desvios?*

*IV – As medidas de controle adotadas garantem que nenhum produto que possa causar dano à Saúde Pública, ou que esteja adulterado, fraudado ou falsificado, chegue ao consumo?*

Deve ser avaliada a validação periódica do APPCC e seus resultados. No





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TUNAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA AGRICULTURA  
SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL

caso de estabelecimentos de abate a mensuração do PCC de contaminação fecal, ingesta e leite em carcaças são obrigatórios.

**- Análises laboratoriais (Programas de autocontrole, atendimento de requisitos sanitários específicos de certificação)**

- 1 - Avaliar in loco o procedimento de coleta ou da realização da técnica analítica, conforme o caso. Por exemplo: análises de recepção do leite e coleta e execução do *dripping test*.
- 2 - Avaliar se as análises de parâmetros físico-químicos e microbiológicos dos produtos e da água de abastecimento, incluindo água potável e gelo, são realizadas nas frequências previstas, em laboratórios de autocontrole ou credenciadas, conforme o caso, garantindo assim que alimentos estejam aptos para o consumo humano e cumpram as especificações aplicáveis aos produtos acabados conforme disposto na legislação vigente.
- 3 - Avaliar as ações adotadas pela empresa frente a resultados não conformes.

**- Controle de formulação de produtos e combate a fraude**

- 1 - Avaliar se a formulação, processo de fabricação e o rótulo estão de acordo com o registrado e se garante a identidade, qualidade, segurança higiênico sanitária e tecnológica do produto de origem animal. Na formulação deve-se observar se a composição do produto registrada corresponde ao constatado *in loco*.
- 2 - Verificar se os aditivos e ingredientes foram adicionados respeitando a concentração ou quantidade aprovadas.
- 3 - Verificar se a matéria-prima empregada corresponde realmente a declarada seja na sua natureza ou quantidade (Exemplo: troca de espécies do pescado, uso de CMS em quantidade acima do permitido ou em produtos em que seu uso é proibido, adição de soro de leite, adição de temperos, etc).
- 4 - Avaliar o processo de fabricação, observando se os parâmetros indicados no processo produtivo foram respeitados conforme a natureza do produto. Exemplo: se o produto for maturado, o tempo e condições de maturação, se o produto for defumado, o método de defumação empregado, se o produto for salgado, o tempo de salga.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TUNAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA AGRICULTURA  
SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL

5 - Realizar as análises preconizadas para cada tipo de produto com o objetivo de avaliar a conformidade *in loco* de matérias-primas e produtos. Exemplo: *dripping test*, absorção em carcaça de aves, teste em recepção de leite cru refrigerado, histamina em pescado, metabissulfito em camarão. Deve ser verificado se o rótulo (croqui) utilizado *in loco* corresponde ao registrado.

**- Rastreabilidade e recolhimento**

1 - Avaliar os procedimentos de rastreabilidade dos produtos de origem animal, bem como da matéria-prima e ingredientes que lhe deram origem, em todas as etapas da produção e distribuição. A rastreabilidade pode ser avaliada a partir do produto final elaborado até sua matéria-prima ou a partir da matéria-prima utilizada até o produto elaborado. A avaliação da rastreabilidade deve ainda compreender as etapas de segurança definidas e validadas pelo estabelecimento no sentido de resguardar seu processo produto do uso de matérias-primas não autorizadas ou habilitadas para determinado produto ou mercado.

2 - Avaliar se o estabelecimento dispõe de programa de recolhimento e, em caso de não conformidade detectada que motive o recolhimento, se a produção foi devidamente recolhida e se recebeu a destinação adequada.

**- Bem-estar animal**

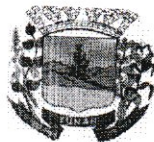
1 - Avaliar se os procedimentos adotados pelo estabelecimento de abate referente ao transporte, desembarque, lotação, descanso, condução, imobilização/contenção, insensibilização, sangria, escaldagem, esfolagem adotados são executados de acordo com seu plano escrito bem como atendem o disposto na Instrução Normativa nº 03 de 17 de janeiro de 2000.

**- Identificação, remoção, segregação e destinação do material especificado de risco (MER)**

1 - Avaliar se o estabelecimento que abate ruminante está atendendo seu plano escrito de MER em todas as etapas bem como se está compatível com a legislação vigente.

Todos os **elementos de controle** devem ser verificados pelo Serviço Oficial *in loco*, no mínimo, uma vez dentro do período de um ano.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TUNAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA AGRICULTURA  
SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL

As não conformidades identificadas durante os procedimentos de verificação oficial dos autocontroles serão registradas nos modelos de formulários constantes nos Anexos II e III ou IV e V, e devem, **para todos os fins, serem tratadas como notificação oficial ao estabelecimento**. O registro das não conformidades nos formulários não isenta o Serviço Oficial da adoção de outras ações fiscais ou administrativas, quando couberem.

Quando o Serviço Oficial constatar não conformidades em momento diferente da ocasião da verificação oficial e nas frequências estabelecidas em normas complementares para estabelecimentos de inspeção permanente e periódica, deverá tratá-las da mesma forma descrita anteriormente, aplicando as ações fiscais cabíveis, quando necessário.

As não conformidades registradas devem ser respondidas pelos estabelecimentos por meio de plano de ação e avaliadas pelo S.I.M, conforme o modelo de formulário disposto no Anexo V da presente instrução. O plano de ação deve ser enviado ao Serviço Oficial em **até 15 (quinze) dias** após a data de ciência, podendo ser por via digital.

A avaliação pelo S.I.M das medidas corretivas e preventivas adotadas pelos estabelecimentos quanto às não conformidades registradas (seja *in loco*, durante a revisão documental dos registros das empresas ou no plano de ação) devem, sempre, considerar os tópicos abaixo:

- I- As medidas corretivas identificam e eliminam a causa do desvio?*
- II - As medidas adotadas restabelecem as condições higiênico-sanitárias do produto?*
- III - As medidas preventivas adotadas evitam a recorrência de desvios?*
- IV - As medidas de controle adotadas garantem que nenhum produto que possa causar dano à Saúde Pública, ou que esteja adulterado, fraudado ou falsificado, chegue ao consumo?*

O S.I.M, após a avaliação do plano de ação apresentado, deve comunicar o resultado da avaliação à empresa e acompanhar sua execução.

## ANEXO II

### VERIFICAÇÃO OFICIAL DE ELEMENTOS DE CONTROLE N° XXX/SIM/AACARÁTER DE INSPEÇÃO PERMANENTE PARTE I - *IN LOCO*

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>A- Identificação dos turnos</b> |
| Número de turnos de trabalho:      |
| Atividades no turno 01:            |
| Atividades no turno 02:            |
| Atividades no turno 03:            |

| B- Elementos de Controle                                                                |                                       |                                                                    |      |         |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
| <b>01 - Manutenção (incluindo iluminação, ventilação, águas residuais e calibração)</b> |                                       |                                                                    |      |         |             |
| Área/instalação/equipamento/Utensíli<br>o/instrumento<br>(conforme plano de inspeção)   | Há não<br>conformidade?<br>Sim ou Não | Compatibilidade com os<br>registros<br><i>in loco</i> das empresas | Data | Horário | Responsável |
|                                                                                         |                                       |                                                                    |      |         |             |
|                                                                                         |                                       |                                                                    |      |         |             |
|                                                                                         |                                       |                                                                    |      |         |             |
|                                                                                         |                                       |                                                                    |      |         |             |



### 02 - Água de abastecimento

| Ponto de coleta/<br>reservatório/ Sistema de<br>tratamento/equipamento | Cloro residual<br>livre<br>(ppm)* | pH* | Há não<br>conformidade?<br>(Sim ou Não) | Compatibilidade com os<br>registros <i>In loco</i> da<br>empresa (Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
|                                                                        |                                   |     |                                         |                                                                               |      |         |             |
|                                                                        |                                   |     |                                         |                                                                               |      |         |             |

\*Preencher quando aferido

Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber

### 03 - Controle integrado de pragas

| Área/ instalação/ Equipamento | Há não<br>conformidade?<br>Sim ou Não | Compatibilidade com os<br>registros<br><i>In loco</i> da<br>empresa (Sim ou<br>Não) | Data | Horário | Responsável |
|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
|                               |                                       |                                                                                     |      |         |             |
|                               |                                       |                                                                                     |      |         |             |

Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber:

#### 04 - Higiene industrial e operacional

| Área/instalação/<br>equipamento/                              | Pré/operacional | Implementação/<br>Monitoramento/<br>Verificação/<br>Ação corretiva | Há não<br>conformidade?<br>(Sim ou Não) | Compatibilidade com os<br>registros <i>In loco</i> da<br>empresa<br>(Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
|---------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
| Utensílio/instrumento                                         |                 |                                                                    |                                         |                                                                                  |      |         |             |
|                                                               |                 |                                                                    |                                         |                                                                                  |      |         |             |
| Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber |                 |                                                                    |                                         |                                                                                  |      |         |             |

#### 05 - Higiene e hábitos de higiene dos funcionários

| Área/instalação                                                | Há não<br>conformidade?<br>Sim ou Não | Compatibilidade com os<br>registros<br><i>In loco</i> da<br>empresa<br>(Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
|                                                                |                                       |                                                                                     |      |         |             |
|                                                                |                                       |                                                                                     |      |         |             |
| Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber: |                                       |                                                                                     |      |         |             |



**06 - Procedimentos sanitários operacionais**

| Área/instalação/Equipamento/Operação                           | Há não conformidade?<br>Sim ou Não | Compatibilidade com os registros<br><i>In loco</i> da empresa<br>(Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
| -                                                              |                                    | -                                                                             |      |         | -           |
| Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber: |                                    |                                                                               |      |         |             |

**07 - Controle da matéria-prima (inclusive aquelas destinadas ao aproveitamento condicional), ingrediente e material de embalagem – IN 49/2006**

| Matéria-prima/insumo                                           | Há não conformidade?<br>Sim ou Não | Compatibilidade com os registros<br><i>In loco</i> da empresa<br>(Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
|                                                                |                                    |                                                                               |      |         |             |
| Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber: |                                    |                                                                               |      |         |             |

**08 - Controle de temperatura**

| Area/Instalação/Equipamento/Produto/ operação | Observação Direta/Mensuração Direta* | Há não conformidade e? Sim ou Não | Compatibilidade com os registros <i>In loco</i> da empresa - (Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
|                                               |                                      |                                   |                                                                           |      |         |             |
|                                               |                                      |                                   |                                                                           |      |         |             |

Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber:

**09 - Programa de análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle – APPCC**

| PCC | Monitoramento / Verificação / Ação corretiva | Observação Direta/Mensuração Direta** | Há não conformidade? Sim ou Não | Compatibilidade com os registros <i>In loco</i> da empresa (Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
|-----|----------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
|     |                                              |                                       |                                 |                                                                         |      |         |             |
|     |                                              |                                       |                                 |                                                                         |      |         |             |

\*\*no caso de mensuração direta deve-se registrar o resultado do que foi constatado (discriminando o processo/equipamento/lote e o valor encontrado em relação ao limite crítico do PCC).

Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber:



| 10 - Análises laboratoriais (Programas de autocontrole, atendimento aos requisitos sanitários específicos) |                                 |                                                                         |      |         |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
| Área/ instalação/ Equipamento/ Operação                                                                    | Há não conformidade? Sim ou Não | Compatibilidade com os registros <i>In loco</i> da empresa (Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
| -                                                                                                          | -                               |                                                                         |      | -       |             |
| Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber:                                             |                                 |                                                                         |      |         |             |

| 11 - Controle de formulação de produtos e combate a fraude (inclusive <i>in natura</i> , conforme plano de inspeção) |                                 |                                                                         |      |         |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
| Formulação/Processo/rótulo                                                                                           | Há não conformidade? Sim ou Não | Compatibilidade com os registros <i>In loco</i> da empresa (Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
|                                                                                                                      |                                 |                                                                         |      |         |             |
| Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber:                                                       |                                 |                                                                         |      |         |             |

**12 Rastreabilidade e recolhimento**

| Produto/Operação/Mercado/Destinação/ | Há não conformidade?<br>Sim ou Não | Compatibilidade com os registros<br><i>In loco</i> da empresa<br>(Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
|                                      |                                    |                                                                               |      |         |             |
|                                      |                                    |                                                                               |      |         |             |

Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber:

**13 - Bem estar animal**

| Transporte/Desembarque/Lotação/Descanso/<br>Condução/Imobilização/Contenção/Insensibilizaç<br>ão/ Sangria/Escaldagem/esfola | Há não<br>conformidade?<br>Sim ou Não | Compatibilidade com os<br>registros<br><i>In loco</i> da<br>empresa<br>(Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
|                                                                                                                             |                                       |                                                                                     |      |         |             |
|                                                                                                                             |                                       |                                                                                     |      |         |             |

Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber:



| 14 - Identificação, remoção, segregação e destino do material especificado de risco (MER). Exclusivo para ruminantes |                                    |                                                                               |      |         |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
| Área/Instalação/Operação/MER/                                                                                        | Há não conformidade?<br>Sim ou Não | Compatibilidade com os registros<br><i>In loco</i> da empresa<br>(Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
|                                                                                                                      |                                    |                                                                               |      |         |             |
|                                                                                                                      |                                    |                                                                               |      |         |             |
| Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber:                                                       |                                    |                                                                               |      |         |             |

|                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A- Nome, data, carimbo e assinaturas                                                                                  |
| Assinatura e carimbo da equipe de servidores oficiais responsáveis pelas verificações com identificação das rubricas: |
| Assinatura do representante legal do estabelecimento:                                                                 |

### ANEXO III

**VERIFICAÇÃO OFICIAL DE ELEMENTOS DE CONTROLE N°  
XXX/SIM/AACARÁTER DE INSPEÇÃO PERMANENTE  
PARTE II – DOCUMENTAL**

**A - Identificação do período avaliado: de \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_a\_\_\_\_/\_\_\_\_/202**

**B - Avaliação dos registros**

| <b>ELEM. DE CONTROLE</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>                                                                                                         | <b>*NÃO CONFORME</b> |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 01                       | Manutenção (incluindo iluminação, ventilação, águas residuais e calibração)                                                 |                      |
| 02                       | Água de abastecimento                                                                                                       |                      |
| 03                       | Controle integrado de pragas                                                                                                |                      |
| 04                       | Programa escrito de Higiene industrial e operacional                                                                        |                      |
| 04                       | Registros de implementação e ação corretiva, conforme programa escrito                                                      |                      |
| 04                       | Registros diários de monitoramento da higienização pré-operacional e ação corretiva                                         |                      |
| 04                       | Registros diários de monitoramento da higienização operacional e ação corretiva                                             |                      |
| 04                       | Registros de verificação e ação corretiva                                                                                   |                      |
| 04                       | Identificação do responsável, data e assinaturas no programa escrito e em todos os seus registros                           |                      |
| 05                       | Higiene e hábitos higiênicos dos funcionários                                                                               |                      |
| 06                       | Procedimentos sanitários operacionais                                                                                       |                      |
| 07                       | Controle da matéria-prima (inclusive aquelas destinadas ao aproveitamento condicional), ingrediente e material de embalagem |                      |
| 08                       | Controle de temperaturas                                                                                                    |                      |
| 09                       | Programa escrito de Análise de Perigos e Pontos Críticos de                                                                 |                      |
|                          | Controle                                                                                                                    |                      |



|                                                                |                                                                                                                     |  |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 09                                                             | Registros de monitoramento e ações corretivas                                                                       |  |
| 09                                                             | Registros de verificação e ações corretivas                                                                         |  |
| 09                                                             | Registros de validação do programa escrito                                                                          |  |
| 09                                                             | Identificação do responsável, data e assinaturas no programa escrito e em todos os seus registros                   |  |
| 10                                                             | Análises laboratoriais (Programas de autocontrole, atendimento de requisitos sanitários específicos de certificação |  |
| 11                                                             | Controle de formulação de produtos e combate à fraude                                                               |  |
| 12                                                             | Rastreabilidade e recolhimento                                                                                      |  |
| 13                                                             | Bem-estar animal                                                                                                    |  |
| 14                                                             | Identificação, remoção, segregação e destinação do material especificado de risco (MER)                             |  |
| Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber: |                                                                                                                     |  |

\* Marcar com "X" quando for considerado não conforme.

C- Nome, data, carimbo e assinatura

Assinatura e carimbo da equipe de servidores oficiais responsáveis pelas verificações oficiais acima, com identificação da(s) rubrica(s):

Assinatura do representante legal da empresa:

**ANEXO  
IV**

**VERIFICAÇÃO OFICIAL DE ELEMENTOS DE CONTROLE  
Nº XXX/SIMCARATER DE INSPEÇÃO PERIÓDICO  
PARTE I - IN LÔCO**

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>A- Identificação dos turnos</b> |
| Número de turnos de trabalho       |
| Atividades realizadas no turno 01: |
| Atividades realizadas no turno 02  |
| Atividades realizadas no turno 03: |

| <b>A- Elementos de Controle</b>                                                         |                                       |                                                                    |      |         |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
| <b>01 - Manutenção (incluindo iluminação, ventilação, águas residuais e calibração)</b> |                                       |                                                                    |      |         |             |
| Área/instalação/equipamento/Utensílio<br>/instrumento                                   | Há não<br>conformidade?<br>Sim ou Não | Compatibilidade com os<br>registros<br><i>in loco</i> das empresas | Data | Horário | Responsável |
|                                                                                         |                                       |                                                                    |      |         |             |
|                                                                                         |                                       |                                                                    |      |         |             |
|                                                                                         |                                       |                                                                    |      |         |             |
| Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber:                          |                                       |                                                                    |      |         |             |



### 02 - Água de abastecimento

| Ponto de coleta/<br>reservatório/ Sistema<br>de<br>tratamento/equipament<br>o | Cloro residual<br>livre(ppm)* | pH* | Há não<br>conformidade<br>?(Sim ou<br>Não) | Compatibilidade com os<br>registros <i>In loco</i> da<br>empresa(Sim ou Não) | Data | Horário | Responsáv<br>el |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-----------------|
|                                                                               |                               |     |                                            |                                                                              |      |         |                 |
|                                                                               |                               |     |                                            |                                                                              |      |         |                 |

\*Preencher quando aferido

Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber

### 03 - Controle integrado de pragas

| Área/ instalação/ Equipamento | Há não<br>conformidade? Sim<br>ou Não | Compatibilidade com os<br>registros<br><i>In loco</i> da<br>empresa(Sim ou<br>Não) | Data | Horário | Responsável |
|-------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
|                               |                                       |                                                                                    |      |         |             |
|                               |                                       |                                                                                    |      |         |             |

Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber:

| 04 - Higiene industrial e operacional                         |                 |                                                                    |                                             |                                                                                  |      |         |             |
|---------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
| Área/instalação/<br>equipamento/                              | Pré/operacional | Implementação/<br>Monitoramento/<br>Verificação/<br>Ação corretiva | Há não<br>conformidade<br>?<br>(Sim ou Não) | Compatibilidade com os<br>registros <i>In loco</i> da<br>empresa<br>(Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
| Utensílio/instrumento                                         | -               |                                                                    |                                             |                                                                                  |      |         | -           |
|                                                               |                 |                                                                    |                                             |                                                                                  |      |         |             |
| Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber |                 |                                                                    |                                             |                                                                                  |      |         |             |

| 05 - Higiene e hábitos de higiene dos funcionários             |                                       |                                                                                     |      |         |             |  |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|--|
| Área/ instalação                                               | Há não<br>conformidade?<br>Sim ou Não | Compatibilidade com os<br>registros<br><i>In loco</i> da<br>empresa (Sim ou<br>Não) | Data | Horário | Responsável |  |
|                                                                |                                       |                                                                                     |      |         |             |  |
|                                                                |                                       |                                                                                     |      |         |             |  |
| Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber: |                                       |                                                                                     |      |         |             |  |



**06 - Procedimentos sanitários operacionais**

| Área/instalação/Equipamento/Operação | Há não conformidade?<br>Sim ou Não | Compatibilidade com os registros<br><i>In loco</i> da empresa (Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
| -                                    | -                                  | -                                                                          | -    | -       | -           |
|                                      |                                    |                                                                            |      |         |             |
|                                      |                                    |                                                                            |      |         |             |

Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber:

**07 - Controle da matéria-prima (inclusive aquelas destinadas ao aproveitamento condicional), ingrediente e material de embalagem – IN 49/2006**

| Matéria-prima/insumo | Há não conformidade?<br>Sim ou Não | Compatibilidade com os registros<br><i>In loco</i> da empresa (Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
|----------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
|                      |                                    |                                                                            |      |         |             |
|                      |                                    |                                                                            |      |         |             |
|                      |                                    |                                                                            |      |         |             |

Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber:

| 08 - Controle de temperatura                                   |                    |                                 |                                                                         |      |         |             |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
| Área/Instalação/Equipamento/Produto/ operação                  | Observação Direta* | Há não conformidade? Sim ou Não | Compatibilidade com os registros <i>In loco</i> da empresa (Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
|                                                                |                    |                                 |                                                                         |      |         |             |
| Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber: |                    |                                 |                                                                         |      |         |             |

| 09 - Programa de análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle – APPCC                                                                                                                                                                                  |                                              |                                       |                                 |                                                                         |      |         |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
| PCC                                                                                                                                                                                                                                                        | Monitoramento / Verificação / Ação corretiva | Observação Direta/Mensuração Direta** | Há não conformidade? Sim ou Não | Compatibilidade com os registros <i>In loco</i> da empresa (Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
|                                                                                                                                                                                                                                                            |                                              |                                       |                                 |                                                                         |      |         |             |
| **no caso de mensuração direta deve-se registrar o resultado do que foi constatado (discriminando o processo/equipamento/lote e o valor encontrado em relação ao limite crítico do PCC).<br>Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber: |                                              |                                       |                                 |                                                                         |      |         |             |



| 10 - Análises laboratoriais (Programas de autocontrole, atendimento aos requisitos sanitários específicos) |                                 |                                                                         |      |         |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
| Área/ instalação/ Equipamento/ Operação                                                                    | Há não conformidade? Sim ou Não | Compatibilidade com os registros <i>In loco</i> da empresa (Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
|                                                                                                            |                                 |                                                                         |      |         |             |
| Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber:                                             |                                 |                                                                         |      |         |             |

| 11 - Controle de formulação de produtos e combate a fraude (inclusive <i>in natura</i> , conforme plano de inspeção) |                                 |                                                                         |      |         |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|
| Formulação/Processo/rótulo                                                                                           | Há não conformidade? Sim ou Não | Compatibilidade com os registros <i>In loco</i> da empresa (Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |
|                                                                                                                      |                                 |                                                                         |      |         |             |
| Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber:                                                       |                                 |                                                                         |      |         |             |

| 12 Rastreabilidade e recolhimento                              |                                    |                                                                        |      |         |             |  |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------|--|
| Produto/Operação/Mercado/Destinação/                           | Há não conformidade?<br>Sim ou Não | Compatibilidade com os registros<br>In/loco da empresa<br>(Sim ou Não) | Data | Horário | Responsável |  |
|                                                                |                                    |                                                                        |      |         |             |  |
|                                                                |                                    |                                                                        |      |         |             |  |
| Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber: |                                    |                                                                        |      |         |             |  |



**C - Nome, data, carimbo e assinaturas**

**Assinatura e carimbo da equipe de servidores oficiais responsáveis pelas verificações com identificação das rubricas:**

**Assinatura do representante legal do estabelecimento:**

## **ANEXO V**

**VERIFICAÇÃO OFICIAL DE ELEMENTOS DE  
CONTROLE Nº XXX/SIM  
CARÁTER DE INSPEÇÃO  
PERIÓDICA PARTE II –  
DOCUMENTAL**

|                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A - Identificação do período avaliado: de</b> /   /202 <b>a</b> _/___/202_ |
| <b>B - Avaliação dos registros</b>                                            |

| ELEM. DE CONTROLE | PROCEDIMENTO                                                                                                                | *NÃO CONFORME |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 01                | Manutenção (incluindo iluminação, ventilação, águas residuais e calibração)                                                 |               |
| 02                | Água de abastecimento                                                                                                       |               |
| 03                | Controle integrado de pragas                                                                                                |               |
| 04                | Programa escrito de Higiene industrial e operacional                                                                        |               |
| 04                | Registros de implementação e ação corretiva, conforme programa escrito                                                      |               |
| 04                | Registros diários de monitoramento da higienização pré-operacional e ação corretiva                                         |               |
| 04                | Registros diários de monitoramento da higienização operacional e ação corretiva                                             |               |
| 04                | Registros de verificação e ação corretiva                                                                                   |               |
| 04                | Identificação do responsável, data e assinaturas no programa escrito e em todos os seus registros                           |               |
| 05                | Higiene e hábitos higiênicos dos funcionários                                                                               |               |
| 06                | Procedimentos sanitários operacionais                                                                                       |               |
| 07                | Controle da matéria-prima (inclusive aquelas destinadas ao aproveitamento condicional), ingrediente e material de embalagem |               |
| 08                | Controle de temperaturas                                                                                                    |               |



|                                                                |                                                                                                                     |  |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 09                                                             | Programa escrito de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle                                                |  |
| 09                                                             | Registros de monitoramento e ações corretivas                                                                       |  |
| 09                                                             | Registros de verificação e ações corretivas                                                                         |  |
| 09                                                             | Registros de validação do programa escrito                                                                          |  |
| 09                                                             | Identificação do responsável, data e assinaturas no programa escrito e em todos os seus registros                   |  |
| 10                                                             | Análises laboratoriais (Programas de autocontrole, atendimento de requisitos sanitários específicos de certificação |  |
| 11                                                             | Controle de formulação de produtos e combate à fraude                                                               |  |
| 12                                                             | Rastreabilidade e recolhimento                                                                                      |  |
| Descrição das não conformidades e ações fiscais quando couber: |                                                                                                                     |  |

\* Marcar com "X" quando for considerado não conforme.

C- Nome, data, carimbo e assinatura

Assinatura e carimbo da equipe de servidores oficiais responsáveis pelas verificações oficiais acima, com identificação da(s) rubrica(s):

Assinatura do representante legal da empresa:

**ANEXO VI**

**PLANO DE AÇÃO – DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_  
REFERENTE A VERIFICAÇÃO OFICIAL DE ELEMENTOS  
DE CONTROLE**

**N XXX/SIM**

| Elemento de controle e nº | Deficiência registrada | Medida corretiva proposta ou realizada | Data proposta ou De realização | Medida preventiva proposta ou realizada | Data proposta ou de realização | Data e resultado da Verificação oficial (Atendido, não atendido, no prazo) | Rubrica do servidor da equipe do SIM local responsável pela verificação oficial |
|---------------------------|------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
|                           |                        |                                        |                                |                                         |                                |                                                                            |                                                                                 |
|                           |                        |                                        |                                |                                         |                                |                                                                            |                                                                                 |

Representante do estabelecimento (nome, cargo e assinatura):

Assinatura e carimbo da equipe de servidores oficiais responsáveis pelas verificações oficiais acima, com identificação da(s) rubrica(s):

Assinatura e carimbo do responsável pela equipe de servidores atuantes no estabelecimento: