



Check List 1 - Controle de Higienização de Equipamentos e Utensílios.

Departamento: FLV

Mês de Referência: _____

CLASSIFICAÇÃO À PREENCHER: 5 - Ótimo 4 - Bom 3 - Regular 2 - Ruim 1 - Péssimo

Condições Gerais do estabelecimento	1º Semana	2º Semana	3º Semana	4º Semana	5º Semana
Bom estado de conservação e higiene					
Ambiente de trabalho					
a) Organização					
b) Limpeza					
c) Risco de contaminação cruzada					
Lixeiras					
a) com tampa					
b) saco plástico no interior					
c) estado de conservação					
d) estado de higiene					
e) com comando de pé					
Ausência de:					
a) Insetos e roedores					
b) animais domésticos					
Equipamentos					
1) Câmara Fria					
a) Limpeza					
2) Pia					
a) Limpeza					
b) Desinfecção					
c) Higiene no final da produção					
Estoque Seco					
a) Organizado					
b) Limpo					
c) Sem risco de contaminação cruzada					
Estoque Úmido					
a) Organizado					
b) Limpo					
c) Sem risco de contaminação cruzada					

Assinatura Gerente de Departamento _____

Assinatura Gerente de G.A. ou Diretor _____

Observações:
