



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS  
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 2ª REGIÃO  
**LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS  
SUPERMERCADOS**

DATA DA VISITA:

Nº DA VISITA:

**1. IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL VISITADO**

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_  
NOME FANTASIA: \_\_\_\_\_  
UNIDADE: \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
CONTATOS: \_\_\_\_\_  
E-MAIL: \_\_\_\_\_

**2. IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA DO LOCAL VISITADO**

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE REGISTRO NO CRN-2: \_\_\_\_\_  
TIPO DE VÍNCULO DE TRABALHO: \_\_\_\_\_  
CARGA HORÁRIA SEMANAL: \_\_\_\_\_  
TEMPO DE ATUAÇÃO NO LOCAL: \_\_\_\_\_  
ÁREAS DE ATUAÇÃO NO SUPERMERCADO:  
 Controle de Qualidade Geral  Açougue tipo AI  Açougue tipo AII  Rotisseria  
 Confeitaria  Padaria  Compõem e comercializam cestas de alimentos  
 Compõem e comercializam cestas de alimentos com registro no PAT  
 Alimentação dos colaboradores  Outros: \_\_\_\_\_

**3. QUADRO TÉCNICO (QT)**

EXISTÊNCIA DE QT  Não  Sim. Em caso positivo, especifique abaixo:  
 Nutricionista. Quantos? \_\_\_\_  Técnico em Nutrição e Dietética. Quantos? \_\_\_\_  
NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE REGISTRO NO CRN-2: \_\_\_\_\_  
TIPO DE VÍNCULO DE TRABALHO: \_\_\_\_\_  
CARGA HORÁRIA SEMANAL: \_\_\_\_\_  
TEMPO DE ATUAÇÃO NO LOCAL: \_\_\_\_\_



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS  
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 2ª REGIÃO

**4. LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS**

ATIVIDADES AVALIADAS	SIM	NÃO	NA
1. Possui alvará da Vigilância Sanitária dentro da validade.			
2. Possui alvará de funcionamento dentro da validade.			
3. Comprova realização de capacitação com os manipuladores, no mínimo semestralmente ou conforme planejamento apresentado.			
4. Apresenta fichas técnicas dos produtos/preparações, mantendo-as atualizadas.			
5. Elabora rótulos de alimentos.			
6. Possui Manual de Boas Práticas.			
7. Supervisiona recebimento dos produtos.			
8. Supervisiona o armazenamento dos produtos.			
9. Supervisiona as atividades de manipulação dos alimentos (pré-preparo, preparo e distribuição).			
10. Manual de Boas Práticas implementado.			
11. Possui POP – Higienização de Instalações, Equipamentos, Móveis e Utensílios.			
12. POP – Higienização de Instalações, Equipamentos, Móveis e Utensílios implementado.			
13. Possui POP – Higienização do reservatório.			
14. POP – Higienização do reservatório implementado.			
15. Possui POP - Higiene e Saúde dos manipuladores.			
16. POP - Higiene e Saúde dos manipuladores implementado.			
17. Possui POP - Calibração dos Equipamentos.			
18. POP - Calibração dos Equipamentos implementado.			
19. Possui POP - Controle de Temperatura.			
20. POP – Controle de Temperatura implementado.			
21. Possui POP - Controle Integrado de Vetores e Pragas urbanas.			
22. POP - Controle Integrado de Vetores e Pragas urbanas implementado.			
23. Possui POP - Rastreabilidade (procedência).			
24. POP - Rastreabilidade (procedência) implementado.			
25. Elabora e apresenta Plano de Ação com descrição das não conformidades ao responsável do estabelecimento e sugere as correções necessárias.			
26. Realiza coleta de amostras das preparações diariamente e conforme			



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS  
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 2ª REGIÃO

legislação.			
27. Promove ações de incentivo ao desenvolvimento sustentável.			
25. Colabora no desenvolvimento de novos produtos.			
26. Promove atividades de educação alimentar e nutricional (cliente interno e externo).			
27. Promove ações de controle de sobras das preparações expostas ao consumo.			

**Legenda: NA – Não se aplica**

---

**Assinatura e Carimbo do Nutricionista Fiscal**

