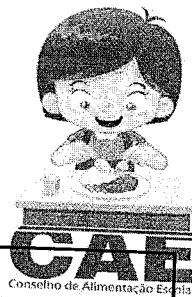




**Conselho de Alimentação Escolar**  
**Roteiro de visita nas escolas**

|                                                                                                                                                                                    |                |         |                |                                                             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------|----------------|-------------------------------------------------------------|--|
| Escola: <u>Maup</u>                                                                                                                                                                |                |         |                | Data: <u>17 / 06 / 25</u>                                   |  |
| Endereço: <u>Estrada Pantaleão, sem número, bairro Pantaleão</u>                                                                                                                   |                |         |                |                                                             |  |
| Diretor: <u>Lucas Giovanni Nardin</u>                                                                                                                                              |                |         |                |                                                             |  |
| Merendeiras: <u>Selange Oliveira</u>                                                                                                                                               |                |         |                |                                                             |  |
| Quantidade de alunos: a) Manhã: <u>adolescentes 48</u><br>b) Tarde: <u>crianças 52</u>                                                                                             |                |         |                |                                                             |  |
| Conselheiro: <u>Isabella Aparecida Correia Beraldo</u>                                                                                                                             |                |         |                | Horário da visita: <u>13:15</u>                             |  |
| <b>1. Gestão Escolar</b>                                                                                                                                                           |                |         |                | <b>OBSERVAÇÕES</b>                                          |  |
| A. A alimentação escolar é oferecida regularmente ou já faltou alimentos? Se sim, qual motivo?                                                                                     | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                                             |  |
| B. A alimentação escolar é preparada pela merendeira?                                                                                                                              | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                                             |  |
| C. É realizado o controle de estoque (entrada, saída e quantidade atual do estoque)?                                                                                               | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                                             |  |
| D. Há espaço adequado para o consumo de alimentação escolar?                                                                                                                       | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                                             |  |
| E. Caixa de gordura com adequado estado de conservação, higiene e funcionamento?                                                                                                   | SIM            | PARCIAL | <del>NÃO</del> | <u>não há caixa de gordura</u>                              |  |
| F. Reservatório de água íntegro e de material adequado, dotados de tampa, livre de vazamentos, infiltrações e descascamentos?                                                      | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                                             |  |
| G. Registro ou comprovante de limpeza do reservatório de água em intervalo máximo de 6 meses?                                                                                      | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                                             |  |
| H. Fossas e esgotos são conectados à rede pública?                                                                                                                                 | SIM            | PARCIAL | NÃO            | <u>há fossa, e a entidade é responsável pela manutenção</u> |  |
| I. Existe área adequada para estocagem de lixo, com higienização frequente? O local deve ser coberto e arejado, para não acumular água de chuva que possam favorecer criadouros de | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                                             |  |



| 2. Higiene Ambiental e Instalações                                                                                                                 |                |         |                | OBSERVAÇÕES                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------|----------------|---------------------------------------------|
| mosquito como o da dengue.                                                                                                                         |                |         |                |                                             |
| A. Ambiente limpo, sem lixo ou esgoto a céu aberto?                                                                                                | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                             |
| B. Lixeiras com tampa de acionamento por pedal?                                                                                                    | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                             |
| C. Área interna livre de objetos em desuso ou estranhos ao ambiente?                                                                               | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                             |
| D. Piso em material liso, de cor clara e de fácil higienização? (sem ondulações e depressões, resistente, drenados com declive, impermeável, etc.) | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                             |
| E. Piso em adequado estado de conservação? (livre de defeitos, rachaduras, trincas, buracos, falta de azulejos e outros)                           | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                             |
| F. Há acúmulo de água no piso?                                                                                                                     | SIM            | PARCIAL | <del>NÃO</del> |                                             |
| G. Teto de cor clara, acabamento liso, impermeável e de fácil limpeza?                                                                             | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                             |
| H. Teto em adequado estado de conservação? (livre de trincas, rachaduras, umidade, bolor, descascamentos entre outros)                             | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                             |
| I. Paredes de cor clara, acabamento liso e de fácil higienização?                                                                                  | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                             |
| J. Paredes em adequado estado de conservação (livres de falhas, rachaduras, umidade, descascamento e outros)                                       | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                             |
| K. Há telas de proteção nas portas e janelas?                                                                                                      | SIM            | PARCIAL | <del>NÃO</del> | porta de vidro na cozinha e janela sem tela |
| L. Equipamentos limpos e em adequado estado de conservação (geladeira, freezer, fogão) ?                                                           | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                             |
| M. Equipamentos suficientes para manipulação dos alimentos?                                                                                        | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                             |
| N. Utensílios limpos (panelas, talheres, canecas e pratos)?                                                                                        | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                             |
| O. Ambiente arejado, ventilado?                                                                                                                    | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                             |
| P. Mesas e bancadas de superfície lisa, impermeáveis, laváveis e limpas?                                                                           | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                                             |
| Q. Na área de manipulação de alimentos, existe lavatório exclusivo para higienização das mãos,                                                     | SIM            | PARCIAL | <del>NÃO</del> |                                             |



|                                                                                                                                       |                |                    |                |                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------|----------------|----------------------------------------------------------|
| com água corrente, sabonete líquido inodoro e toalhas de papel?                                                                       |                |                    |                |                                                          |
| <b>3. Armazenamento e higiene dos alimentos</b>                                                                                       |                |                    |                | <b>OBSERVAÇÕES</b>                                       |
| A. Ambiente de despensa limpo (piso, paredes e teto sem goteiras)?                                                                    | <del>SIM</del> | PARCIAL            | NÃO            |                                                          |
| B. Prateleiras limpas, sem ferrugens e com alimentos sem encostar na parede?                                                          | SIM            | <del>PARCIAL</del> | NÃO            | Prateleiras limpas, mas as embalagens encostam na parede |
| C. Ambiente iluminado e ventilado?                                                                                                    | <del>SIM</del> | PARCIAL            | NÃO            |                                                          |
| D. Alimentos separados do material de limpeza?                                                                                        | <del>SIM</del> | PARCIAL            | NÃO            |                                                          |
| E. Todos os alimentos dentro da validade?                                                                                             | <del>SIM</del> | PARCIAL            | NÃO            |                                                          |
| F. Há embalagens rompidas ou avariadas?                                                                                               | SIM            | PARCIAL            | <del>NÃO</del> |                                                          |
| G. Os alimentos e embalagens são conferidos no ato de entrega? (prazo de validade, avaria, aparência e temperatura)?                  | <del>SIM</del> | PARCIAL            | NÃO            |                                                          |
| H. Há insetos dentro das embalagens?                                                                                                  | SIM            | PARCIAL            | <del>NÃO</del> |                                                          |
| I. Frutas, legumes e verduras lavados adequadamente em solução com água sanitária, cloro ou produto próprio para higiene de verduras? | <del>SIM</del> | PARCIAL            | NÃO            |                                                          |
| J. O feijão é colocado de molho no dia anterior ao preparo?                                                                           | <del>SIM</del> | PARCIAL            | NÃO            |                                                          |
| K. Há o cuidado de não conversar, tossir ou espirrar sobre a preparação dos alimentos?                                                | <del>SIM</del> | PARCIAL            | NÃO            |                                                          |
| L. O descongelamento é realizado em refrigeração? (geladeira)                                                                         | SIM            | PARCIAL            | NÃO            | descongela pela manhã, no dia da preparação              |
| M. Há o recongelamento dos alimentos?                                                                                                 | SIM            | PARCIAL            | <del>NÃO</del> |                                                          |
| <b>4. Cardápio e aceitabilidade</b>                                                                                                   |                |                    |                | <b>OBSERVAÇÕES</b>                                       |
| A. Utilização do cardápio do dia, conforme orientado pela nutricionista?                                                              | <del>SIM</del> | PARCIAL            | NÃO            |                                                          |
| B. Cardápio fixado na parede em local de fácil visibilidade na cozinha e em mural da escola?                                          | <del>SIM</del> | PARCIAL            | NÃO            |                                                          |
| C. O cardápio apresenta os valores nutricionais com média semanal?                                                                    | SIM            | PARCIAL            | <del>NÃO</del> |                                                          |
| D. Há sobras ou desperdício de alimentos pelos alunos?                                                                                | SIM            | PARCIAL            | <del>NÃO</del> |                                                          |



|                                                                                                                                                                                                                                                    |                |         |                |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------|----------------|--------------------|
| E. Foi realizado teste de aceitabilidade?                                                                                                                                                                                                          | SIM            | PARCIAL | <del>NÃO</del> |                    |
| F. As Fichas Técnicas de preparação de alimentos estão disponíveis e são seguidas?                                                                                                                                                                 | SIM            | PARCIAL | <del>NÃO</del> |                    |
| <b>5. Higiene, hábitos e estado de saúde do Manipulador</b>                                                                                                                                                                                        |                |         |                | <b>OBSERVAÇÕES</b> |
| A. Asseio pessoal: Mãos limpas, unhas curtas, sem esmaltes                                                                                                                                                                                         | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                    |
| B. Cabelos protegidos por toucas, redes ou outros acessórios apropriados para esse fim?                                                                                                                                                            | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                    |
| C. Uniforme completo (touca/rede, jaleco, avental, bota/sapato antiderrapante) limpos e bem colocados?                                                                                                                                             | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                    |
| D. Ausência de afecções cutâneas, feridas e supurações (machucado); ausência de sintomas e infecções respiratórias (tosse excessiva, espirros, falta de ar), gastrointestinais (diarreia) e oculares (vermelhidão, irritação nos olhos e coceira). | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                    |
| <b>6. Avaliação da Visita</b>                                                                                                                                                                                                                      |                |         |                | <b>OBSERVAÇÕES</b> |
| A. O CAE foi bem recebido por toda comunidade escolar?                                                                                                                                                                                             | <del>SIM</del> | PARCIAL | NÃO            |                    |
| B. Houve alguma intercorrência durante a visita?                                                                                                                                                                                                   | SIM            | PARCIAL | <del>NÃO</del> |                    |

DEMAIS OBSERVAÇÕES:

a merendeira Solange apontou a qualidade do feijão e da carne ofertados. Também apontou que a cebola e o alho são enviados em quantidades menores, tendo assim que a gestão complementar para o preparo dos alimentos. As frutas também apresentam problemas, como por exemplo quando a pera vem madura demais e quando amadureceu já está podre por dentro, ficando assim impossível a oferta aos alunos atendidos pela entidade.

CONSELHEIRO: Israelito Bezerra

RESPONSÁVEL PELA ESCOLA: [Assinatura]