



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

RENOVAÇÃO

RAZÃO SOCIAL: _____

CNPJ: ____ . ____ . ____ / ____ - ____ MUNICÍPIO: _____

CLÍNICA DE HEMODINÂMICA

* **Apresentar os seguintes documentos ATUALIZADOS:**

- Contrato Social
- Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ)
- Contrato de trabalho do Responsável Técnico (RT), quando este não fizer parte do quadro social da empresa
- Documento que comprove a Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho de Classe
- Certificado de Conformidade do Corpo de Bombeiros
- Licença Ambiental
- Levantamento Radiométrico da sala (deverá ser apresentado de 4 em 4 anos ou caso haja alguma alteração) – Observar a data da realização das medidas e estar atento a data de revalidação do mesmo
- Controle de Qualidade do equipamento (protocolos de agendamento serão analisados pela área técnica)
- Comprovantes de manutenção preventiva/corretiva dos equipamentos realizados no ano anterior
- Relatórios de dosimetria pessoal (dose ocupacional dos últimos 3 meses)
- Cadastro de Equipamentos de Radiodiagnóstico Médico/Odontológico (disponível em Formulários – Site SUVISA)
- Baixa de Aparelho de Radiodiagnóstico – Caso haja aparelhos desativados (disponível em Formulários – Site SUVISA)
- Formulário de Rotinas e Protocolos do SETOR DE HEMODINÂMICA (disponível em Formulários – Site SUVISA – Radiação Ionizante)
- Formulário para registro das atividades existentes nos serviços de saúde (disponível em Formulários – Site SUVISA)
- Portaria, ato ou outras documentações formais (em papel timbrado do serviço de

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

RENOVAÇÃO

RAZÃO SOCIAL: _____

CNPJ: ____ . ____ . ____ / ____ - ____ MUNICÍPIO: _____

CLÍNICA DE HEMODINÂMICA

saúde, com data e assinatura do Diretor Geral) referente a instituição do Núcleo de Segurança do Paciente - NSP (Conforme Art. 4º da RDC nº36/2013) do Hospital no qual está inserida

() Portaria, ato ou outras documentações formais (em papel timbrado do serviço de saúde, com data e assinatura do Diretor Geral) referente a instituição da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (Conforme § 3º do Art. 147, da Lei Estadual nº 16.140/2007) do Hospital no qual está inserida

() Comprovante de cadastramento do NSP no NOTIVISA do Hospital no qual está inserida

() Comprovante de endereço

Atenção: Os serviços que estiverem localizados dentro de hospitais poderão fazer parte do NSP e da CCIH deste hospital, desde que o Plano de Segurança do Paciente do referido hospital contemple ações relativas a esses serviços.

Será realizada inspeção sanitária nas instalações e equipamentos com o fim de autorizar a liberação do Alvará Sanitário.

Antes de apresentar os documentos observar a validade dos mesmos.

Documentos com data de validade expirada não serão aceitos

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____