

**Superintendência de Vigilância em Saúde
Gabinete
Coordenação de Atendimento ao Público**

CHEK-LIST PARA RENOVAÇÃO DE INSTITUTO MÉDICO LEGAL

RAZÃO SOCIAL/ _____

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

Instituto Médico Legal

*** Apresentar cópias dos seguintes documentos:**

() Contrato de Trabalho do(s) responsável(s) técnico(s) ou termo de Posse se houver ocorrido mudança de responsável técnico;

() Portaria de Responsabilidade Técnica para cada área de serviço (baixada pelo Prefeito ou Secretário Municipal de Saúde) se houver ocorrido mudança de responsável técnico;

() Documento emitido pelo conselho profissional atribuindo responsabilidade técnica (lei Federal nº 6839/80);

() Certificado de conformidade do corpo de bombeiros (Lei Estadual nº16.140/2007, art.128);

() Documento que comprove a regularidade junto ao órgão ambiental competente , para Instituto Medico Legal – IML , conforme resolução CONAMA nº237/97 e lei estadual nº 16140/2007;

() Comprovante de endereço.

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____