

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

CHEK-LIST PARA RENOVAÇÃO DE SERVIÇOS DE RADIODIAGNOSTICOS

RAZÃO SOCIAL/ _____

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

ATIVIDADE: _____

Serviços de Radiodiagnostico

Raio-x médico, Mamografia, Desintometria, Tomografia, Fluoroscopia, Hemodinâmica, Clínica de Radiologia Médica, Clínica de Radiologia Odontológica, Consultório odontológico com raio-x

Empresas privadas

***Apresentar cópias dos seguintes documentos:**

- Contrato de Trabalho do(s) responsável(s) técnico(s), quando este não fizer parte do quadro social da empresa e houver ocorrido mudança de responsável técnico;
- Documento emitido pelo conselho profissional atribuindo responsabilidade técnica pelo estabelecimento (lei Federal nº 6839/80);
- Certificado de conformidade do corpo de bombeiros (Lei Estadual nº16.140/2007, art.128);
- Comprovante de endereço.

Instituições Públicas

*** 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 pelo estabelecimento (lei Federal nº 6839/80);
- Certificado de conformidade do corpo de bombeiros (Lei Estadual nº16.140/2007, art.128);
- Comprovante de endereço.

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____