



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



Superintendência de Vigilância em Saúde

**CHECK-LIST – ABERTURA**

RAZÃO SOCIAL/FANTASIA \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

**CLÍNICA DE HEMODINÂMICA**

**\* Apresentar os seguintes documentos atualizados (cópia autenticada ou documento original):**

- 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
- Portaria de Responsabilidade Técnica assinada pelo Prefeito ou Secretário de Saúde (**somente para unidade de órgão público**)
- Documento que comprove a Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho de Classe
- Certificado do Corpo de Bombeiros
- Licença Ambiental
- Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (**apresentar durante a inspeção sanitária**)
- Certificado de Blindagem do Cabeçote ou Certificado de Fuga do Cabeçote dos equipamentos emissores de radiação ionizante
- Nota Fiscal de compra dos equipamentos emissores de radiação ionizante
- Memorial Descritivo de Proteção Radiológica
- Levantamento Radiométrico das salas
- Teste de Aceite / Controle de Qualidade dos equipamentos emissores de radiação ionizante
- Contrato de manutenção preventiva/corretiva dos equipamentos emissores de radiação (**ou documento contendo uma programação de manutenção preventiva/corretiva anual dos equipamentos**)
- Contrato de Dosimetria Pessoal
- Cadastro de Equipamentos de Radiodiagnóstico Médico/Odontológico (**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 saúde, com data e assinatura do Diretor Geral) referente a instituição do Núcleo de Segurança do Paciente (Conforme Art. 4º da RDC nº36/2013) **do Hospital no qual está inserida**

Atualizado em 25/01/2018



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



Superintendência de Vigilância em Saúde

**CHECK-LIST – ABERTURA**

RAZÃO SOCIAL/FANTASIA \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

**CLÍNICA DE HEMODINÂMICA**

- 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 cadastramento da CCIH no FORMSUS **do Hospital no qual está inserida**
- Plano de Segurança do Paciente contendo ações para prevenção de eventos adversos infecciosos e não infecciosos, bem como o cronograma de execução dessas ações. Deve conter data e assinatura do diretor geral do serviço de saúde **(apresentar durante a inspeção sanitária)**
- Projeto Básico de Arquitetura aprovado
- Termo de responsabilidade de conclusão da obra **(disponível em Formulários – Site SUVISA)**
- Anotação da Responsabilidade Técnica (ART) de **execução** da obra
- 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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Atualizado em 25/01/2018