



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Superintendência de Vigilância em Saúde

CHECK-LIST – RENOVAÇÃO

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
- Documento que comprove a Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho de Classe
- Certificado 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 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**
- 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**

Atualizado em 25/01/2018



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Superintendência de Vigilância em Saúde

CHECK-LIST – RENOVAÇÃO

RAZÃO SOCIAL/FANTASIA _____

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

CLÍNICA DE HEMODINÂMICA

() 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**)

() 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: ____ / ____ / ____