



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Superintendência de Vigilância em Saúde

CHECK-LIST – ABERTURA

RAZÃO SOCIAL/FANTASIA _____

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

**CLINICA RADIOLOGIA MEDICA, RAIOS-X MEDICO, MAMOGRAFIA,
TOMOGRAFIA, FLUOROSCOPIA**

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

- Contrato Social
- Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ)
- Contrato de Trabalho do Responsável Técnico com o estabelecimento quando este não fizer parte do quadro social da empresa
- Documento que comprove a Responsabilidade Técnica emitida pelo Conselho de Classe
- Certificado do Corpo de Bombeiros
- Licença Ambiental
- Plano de Gerenciamento de Resíduos de serviço 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 para registro das atividades existentes nos serviços de saúde (**disponível em Formulários – Site SUVISA**)
- 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
- Documento de licenciamento de veículo (**para unidades móveis**)
- Formulário de Rotinas e Protocolos do **SETOR DE TOMOGRAFIA** (**disponível em Formulários – Site SUVISA**)

Atualizado em 26/01/18



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Superintendência de Vigilância em Saúde

CHECK-LIST – ABERTURA

RAZÃO SOCIAL/FANTASIA _____

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

**CLINICA RADIOLOGIA MEDICA, RAIOS-X MEDICO, MAMOGRAFIA,
TOMOGRAFIA, FLUOROSCOPIA**

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: ____ / ____ / ____