



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Superintendência de Vigilância em Saúde

CHECK-LIST – ABERTURA

RAZÃO SOCIAL/FANTASIA _____

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

**HEMOCENTRO, NÚCLEO DE HEMOTERAPIA, UNIDADE DE COLETA,
UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO, AGÊNCIA TRANSFUSIONAL**

*** 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
- Especialização do RT em hemoterapia ou hematologia ou qualificado por órgão competente devidamente reconhecido para este fim pelo Sistema Estadual de Sangue, que responderá pelas atividades executadas pelo serviço (Art. 6º da RDC nº34/2014)
- Certificado do Corpo de Bombeiros
- Licença Ambiental
- Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (**apresentar durante a inspeção sanitária**)
- 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

Para os serviços com atendimento ao paciente (Hemocentro, Núcleo de Hemoterapia, Unidade de Coleta e Transfusão e Agência Transfusional), apresentar também:

- 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)
- 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)
- Comprovante de cadastramento do NSP no NOTIVISA

Atualizado em 25/01/2018

() 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**)

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: ____/____/____