



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Superintendência de Vigilância em Saúde

CHECK-LIST – RENOVAÇÃO

RAZÃO SOCIAL/FANTASIA _____

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

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI

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

- Contrato Social (somente se houver alteração, novo contrato deverá ser apresentado)
- Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ)
- Contrato de trabalho do Responsável Técnico (RT), quando este não fizer parte do quadro social da empresa (somente se houver alteração, novo contrato deverá ser apresentado)
- Portaria de Responsabilidade Técnica assinada pelo Prefeito ou Secretário de Saúde (**somente para unidade de órgão público**)
- Documento que comprove a Responsabilidade Técnica do Médico no Conselho de Classe (deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, para responder por UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia, para responder por UTI Neonatal) e indicação do respectivo substituto
- Documento que comprove a Regularidade no Conselho de Classe do Coordenador de Enfermagem com título de especialista em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal) e indicação do respectivo substituto
- Documento que comprove a Regularidade no Conselho de Classe do Coordenador de Fisioterapia com título de especialista em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal) e indicação do respectivo substituto
- Certificado do Corpo de Bombeiros
- Licença Ambiental
- 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**
- Comprovante de cadastramento da CCIH no FORMSUS **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: _____

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI

() 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

Antes de apresentar os documentos observar a validade dos mesmos.

Documentos com data de validade expirada não serão aceitos

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.

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____