



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO  
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

ABERTURA

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

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

SERVIÇOS DE DIÁLISE

\* **Apresentar os seguintes documentos ATUALIZADOS:**

( ) 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 de Conformidade do Corpo de Bombeiros

( ) Licença Ambiental

( ) Formulário para registro das atividades existentes nos serviços de saúde (disponível em Formulários – Site SUVISA)

Obs.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONFERIDO POR: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO  
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

ABERTURA

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

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

SERVIÇOS DE DIÁLISE

( ) 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 - NSP atualizada (Conforme Art. 4º da RDC nº36/2013)

( ) Comprovante de cadastramento do NSP no NOTIVISA

( ) Comprovante de cadastramento dos Serviços de Diálise no FORMSUS – [http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=35074](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=35074)

( ) 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

**Será realizada inspeção sanitária nas instalações e equipamentos com o fim de autorizar a liberação do Alvará Sanitário.**

Obs.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONFERIDO POR: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO  
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

ABERTURA

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

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

SERVIÇOS DE DIÁLISE

**Antes de apresentar os documentos observar a validade dos mesmos.**

**Documentos com data de validade expirada não serão aceitos**

Obs.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONFERIDO POR: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_