



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

RENOVAÇÃO

RAZÃO SOCIAL: _____

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

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI

* **Apresentar os seguintes documentos ATUALIZADOS:**

- 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 de Conformidade do Corpo de Bombeiros
- Licença Ambiental

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

RENOVAÇÃO

RAZÃO SOCIAL: _____

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

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI

- 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 - NSP (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**
- 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.

Antes de apresentar os documentos observar a validade dos mesmos.

Documentos com data de validade expirada não serão aceitos

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____