



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

() 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: ____ / ____ / ____