



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

ABERTURA

RAZÃO SOCIAL: _____

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

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI

*** 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 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

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

ABERTURA

RAZÃO SOCIAL: _____

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

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI

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

() 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 atualizada (Conforme Art. 4º da RDC nº 36/2013) 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 atualizada (Conforme § 3º do Art. 147, da Lei Estadual nº 16.140/2007) do Hospital no qual está inserida

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

ABERTURA

RAZÃO SOCIAL: _____

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

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI

- 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
- 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

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.

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

ABERTURA

RAZÃO SOCIAL: _____

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

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI

Documentos com data de validade expirada não serão aceitos

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____