



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