

Superintendência de Vigilância em Saúde
Gabinete
Coordenação de Atendimento ao Público

CHEK-LIST PARA RENOVAÇÃO DE INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

RAZÃO SOCIAL/_____

CNPJ: ____ . ____ . ____ / ____ - ____MUNICÍPIO: _____

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

*** Apresentar seguintes documentos (cópias autenticadas ou documentos originais):**

- Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ)
- Contrato de Trabalho do responsável técnico com estabelecimento (somente se Houver Alteração, novo contrato deverá ser apresentado)
- Portaria de responsabilidade técnica assinada pelo prefeito ou secretário de saúde (somente se Houver Alteração, nova portaria deverá ser apresentada)
- Portaria de criação da unidade
- Certidão de Regularidade Técnica do Conselho de Classe
- Certificado do corpo de bombeiros
- Licença Ambiental
- Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (somente se Houver Alteração, novo plano deverá ser apresentado)
- 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: ____ / ____ / ____