



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Superintendência de Vigilância em Saúde

CHECK-LIST – RENOVAÇÃO

RAZÃO SOCIAL/FANTASIA _____

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

**HEMOCENTRO, NÚCLEO DE HEMOTERAPIA, UNIDADE DE COLETA,
UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO, AGÊNCIA TRANSFUSIONAL**

*** Apresentar os seguintes documentos atualizados (cópia autenticada ou documento original):**

- 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 emitido pelo Conselho de Classe
- Especialização do RT em hemoterapia ou hematologia ou qualificado por órgão competente devidamente reconhecido para este fim pelo Sistema Estadual de Sangue, que responderá pelas atividades executadas pelo serviço (Art. 6º da RDC nº34/2014)
- Certificado do Corpo de Bombeiros
- Licença Ambiental
- Comprovante de endereço

Para os serviços com atendimento ao paciente (Hemocentro, Núcleo de Hemoterapia, Unidade de Coleta e Transfusão e Agência Transfusional), apresentar também:

- 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 atualizada (Conforme Art. 4º da RDC nº36/2013)
- 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)
- Comprovante de cadastramento do NSP no NOTIVISA
- Plano de Segurança do Paciente contendo ações para prevenção de eventos adversos infecciosos e não infecciosos, bem como o cronograma de execução dessas ações. Deve conter data e assinatura do diretor geral do serviço de saúde (**apresentar durante a inspeção sanitária**)

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

Atualizado em 25/01/2018



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Superintendência de Vigilância em Saúde

CHECK-LIST – RENOVAÇÃO

RAZÃO SOCIAL/FANTASIA _____

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

**HEMOCENTRO, NÚCLEO DE HEMOTERAPIA, UNIDADE DE COLETA,
UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO, AGÊNCIA TRANSFUSIONAL**

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____