



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

RENOVAÇÃO

RAZÃO SOCIAL: _____

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

CLINICA RADIOLOGIA MEDICA, RAIOS-X MEDICO, MAMOGRAFIA,
TOMOGRAFIA, FLUOROSCOPIA

* **Apresentar os seguintes documentos ATUALIZADOS:**

- Contrato Social (**somente se houver alteração, novo contrato deverá ser apresentado**)
- Contrato de Trabalho do Responsável Técnico com estabelecimento quando este não fizer parte do quadro social da empresa (**somente se houver alteração, novo contrato deverá ser apresentado**)
- Documento que comprove a Responsabilidade Técnica emitida pelo Conselho de Classe
- Certificado de Conformidade do Corpo de Bombeiros
- Licença Ambiental
- Levantamento Radiométrico da sala (**deverá ser apresentado de 4 em 4 anos ou caso haja alguma alteração**) – Observar a data da realização das medidas e estar atento a data de revalidação do mesmo
- Controle de Qualidade do equipamento (**protocolos de agendamento serão analisados pela área técnica**)
- Comprovantes de manutenção preventiva/corretiva dos equipamentos realizados no ano anterior
- Relatórios de dosimetria pessoal (**dose ocupacional dos últimos 3 meses**)
- Cadastro de Equipamentos de Radiodiagnóstico Médico/Odontológico (disponível em Formulários – Site SUVISA)
- Baixa de Aparelho de Radiodiagnóstico – Caso haja aparelhos desativados (disponível em Formulários – Site SUVISA)

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

RENOVAÇÃO

RAZÃO SOCIAL: _____

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

CLINICA RADIOLOGIA MEDICA, RAIO-X MEDICO, MAMOGRAFIA,
TOMOGRAFIA, FLUOROSCOPIA

- Formulário para registro das atividades existentes nos serviços de saúde (disponível em Formulários – Site SUVISA)
- Comprovante de endereço
- Documento de licenciamento de veículo (**para unidades móveis**)
- Formulário de Rotinas e Protocolos do **SETOR DE TOMOGRAFIA/HEMODINÂMICA** (disponível em Formulários – Site SUVISA) – para as atividades de tomografia e/ou hemodinâmica

Antes de apresentar os documentos observar a validade dos mesmos.
Documentos com data de validade expirada não serão aceitos

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____