



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.2 – PORTARIA CVS 1/2024

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

CONFORME REGISTRADO NO ANEXO III QUE ACOMPANHA ESTE FORMULÁRIO

4. Nº CEVS

5. CNPJ / CPF

6. RAZÃO SOCIAL / NOME

7. NOME FANTASIA

III – CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

CONSULTAR ANEXO II – FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

EQ.1. CÓD.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.2. CÓD.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.3. CÓD.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.4. CÓD.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.5. CÓD.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.6. CÓD.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

IV – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

RT.A. NOME.: _____

CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.B. NOME.: _____

CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.C. NOME.: _____

CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.D. NOME.: _____

CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.E. NOME.: _____

CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.F. NOME.: _____

CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

V – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS.

Local

Data

Assin. **RESP. LEGAL**

Assin. **RESP. TÉCN. ESTAB.**

Assinatura **RESP. TECN. A**

Assinatura **RESP. TECN. B**

Assinatura **RESP. TECN. C**

Assinatura **RESP. TECN. D**

Assinatura **RESP. TECN. E**

Assinatura **RESP. TECN. F**