



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO V.2 – PORTARIA CVS 01/2020

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 V QUE ACOMPANHA ESTE FORMULÁRIO

4. Nº CEVS

5. CNPJ / CPF 45.122.603/0001-02

6. RAZÃO SOCIAL / NOME MUNICIPIO DE CATANDUVA

7. NOME FANTASIA USF XXXXXX XXXXXX - AMBULATORIAL RX

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: MARCA DO EQUIPAMENTO C: XX KVP - XX MA
B: NÚMERO DE SÉRIE DO EQUIPAMENTO D: 0000

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.: XXXXXXXX XXXXXXXX
CPF: XXX.XXX.XXX.-X CONS. PROFISSIONAL: CRO UF: SP Nº INSCRIÇÃO: XXXXXXXX
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.

CATANDUVA

Local

XX/XX/XXXX

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