

<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</b>				
Razão Social				
CNES			CNPJ	
Logradouro				Nº
Complemento	Bairro	CEP	Município	UF

<b>RESPONSABILIDADES</b>		
Titular do Serviço		CPF
Responsável Técnico	CRM	CPF
Supervisor de Proteção Radiológica		CPF

<b>Responsável pelo Preenchimento</b>	
Nome	
CPF	
Data do preenchimento	/ /
Assinatura	

**Obs.: este formulário deve ser preenchido por profissional do serviço.**

**UNIDADES DE COBALTO  
(PRENCHER UM FORMULÁRIO PARA CADA EQUIPAMENTO  
EXISTENTE NO SERVIÇO, MESMO QUE NÃO ESTEJA EM USO)**

Marca	Modelo
Idade estimada do equipamento (em anos):	
Equipamento em uso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Números de pacientes atendidos em média por dia.	
Equipamento Isocêntrico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>Para Equipamento Isocêntrico</b>	
Distância do isocentro (em cm):	
Taxa de dose absorvida medida em um meio aquoso a 5 cm de profundidade, com distância fonte - superfície igual à distância fonte-isocentro, para um campo de 10 cm x 10 cm na superfície (em cGy/min)	
Data da medição da taxa de dose	/ /
<b>Para equipamento não Isocêntrico</b>	
Taxa de dose absorvida medida em um meio aquoso a 5 cm de profundidade, para um campo de 10 cm x 10 cm na superfície (em cGy/min)	
Indicar a distância fonte - superfície em que a medida foi realizada.	
Data da medição da taxa de dose	/ /

<b>Responsável pelo Preenchimento</b>	
Nome	
CPF	
Data do preenchimento	/ /
Assinatura	

**Obs.: este formulário deve ser preenchido por profissional do serviço.**

**ACELERADOR LINEAR  
(PRENCHER UM FORMULÁRIO PARA CADA EQUIPAMENTO  
EXISTENTE NO SERVIÇO, MESMO QUE NÃO ESTEJA EM USO)**

Marca		Modelo	
Idade estimada do equipamento (em anos):			
Equipamento em uso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Números de pacientes atendidos em média por dia.			
<b>ENERGIAS DE FÓTONS</b>			
<b>ENERGIA</b>		<b>FUNCIONALIDADE</b>	
	<b>MV</b>	Em funcionamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<b>MV</b>	Em funcionamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>ENERGIA DE ELÉTRONS</b>		<b>FUNCIONALIDADE</b>	
	<b>MV</b>	Em funcionamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<b>MV</b>	Em funcionamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<b>MV</b>	Em funcionamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<b>MV</b>	Em funcionamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<b>MV</b>	Em funcionamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<b>MV</b>	Em funcionamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<b>MV</b>	Em funcionamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

<b>Responsável pelo Preenchimento</b>	
Nome	
CPF	
Data do preenchimento	/ /
Assinatura	

**Obs.: este formulário deve ser preenchido por profissional do serviço.**

**BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE - HDR  
(PRENCHER UM FORMULÁRIO PARA CADA EQUIPAMENTO  
EXISTENTE NO SERVIÇO, MESMO QUE NÃO ESTEJA EM USO)**

Marca	Modelo
Idade estimada do equipamento (em anos)	
Equipamento em uso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Número de pacientes atendidos em média por dia	
<b>Número de Inserções por dia (média)</b>	
<b>Ginecológica:</b>	
<b>Outras:</b>	
<b>Total:</b>	

<b>Responsável pelo Preenchimento</b>	
Nome	
CPF	
Data do preenchimento	/ /
Assinatura	

**Obs.: este formulário deve ser preenchido por profissional do serviço.**