



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
**CONTROLE DE RADIAÇÕES**

**FORMULÁRIO PARA ALVARÁ DE SAÚDE DA DVS para Serviços de Medicina Nuclear**

**1. CADASTRO DA INSTITUIÇÃO:**

Razão Social da Instituição		Número do CNPJ	
Nome Fantasia		Setor/Departamento	
Endereço			
Bairro	CEP	Fone	Fax
Titular/ proprietário			
Responsável Técnico(RT)		Registro no Conselho CPF	Registro na CNEN
Responsável Técnico Substituto		Registro no Conselho CPF	Registro na CNEN
Supervisor de Proteção radiológica		Registro no Conselho CPF	Registro na CNEN
Endereço			

Data de Vencimento Autorização da CNEN
--

**2. RELAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS**

Identificação da Sala	Tipo de Exame	Nº de pacientes/semana

**Obs.: Se necessário reproduzir em folha anexo.**

### 3. LISTAGEM DOS EQUIPAMENTOS:

SALA	Equipamento	Fabricante/Modelo	Nº de Série

**Obs.: Se necessário reproduzir em folha anexo.**

### 4. LISTAGEM DE FUNCIONÁRIOS:

Nome	Formação e/ou Função	Carga Horária	Registro no Conselho	Monitoração Individual

**Obs.: Se necessário reproduzir em folha anexo.**

### 6. VESTIMENTAS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL:

Identificação da Sala	Avental	Outros

### 7. CONTROLE DE SAÚDE OCUPACIONAL:

Tipo de Exame	Periodicidade	Admissional		Demissional	
		( )S	( )N	( )S	( )N
		( )S	( )N	( )S	( )N
		( )S	( )N	( )S	( )N
		( )S	( )N	( )S	( )N
		( )S	( )N	( )S	( )N
		( )S	( )N	( )S	( )N

### 11. TERMO DE RESPONSABILIDADE PRIMÁRIA:

Eu \_\_\_\_\_  
nome \_\_\_\_\_ profissão \_\_\_\_\_

Inscrito(a) no: \_\_\_\_\_ sob nº \_\_\_\_\_  
conselho profissional

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Domicílio à rua \_\_\_\_\_ cidade de \_\_\_\_\_

Fone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Declaro que sou o(a) responsável legal pelo:

\_\_\_\_\_ estabelecimento

Sita à rua: \_\_\_\_\_

Pelo qual responderei junto à autoridade sanitária quanto às exigências da legislação vigente.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

### 12. TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA:

Eu \_\_\_\_\_  
nome \_\_\_\_\_ profissão \_\_\_\_\_

Inscrito(a) no: \_\_\_\_\_ sob nº \_\_\_\_\_  
conselho profissional

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Registro de Certificação de Qualificação  
emitido pela CNEN \_\_\_\_\_

Domicílio à rua \_\_\_\_\_ cidade de \_\_\_\_\_

Fone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Declaro que sou o(a) responsável técnico pelo:

\_\_\_\_\_ estabelecimento

Sita à rua: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_