

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PERANTE A VIGILÂNCIA SANITÁRIA
PARA SERVIÇO DE RADIODIAGNÓSTICO****Dados do Estabelecimento:**

Razão Social:		
Nome Fantasia:		
Endereço:		
E-mail:	Telefones:	Celular:
Atividades a serem realizadas no estabelecimento:		

Eu _____, portador dos documentos e dados cadastrais abaixo declaro assumir **RESPONSABILIDADE PRIMÁRIA** pelo estabelecimento acima citado:

RG nº.:	CPF:
Conselho Regional de:	Nº. de inscrição:
Nível de escolaridade: <input type="checkbox"/> graduação <input type="checkbox"/> especialização <input type="checkbox"/> mestrado <input type="checkbox"/> doutorado Especificar:	
Endereço residencial (rua/avenida, número, bairro):	
Município:	Cep:
E-mail:	Telefones:

Eu _____, portador dos documentos e dados cadastrais abaixo declaro assumir **RESPONSABILIDADE TÉCNICA** pelo estabelecimento acima citado:

RG nº.:	CPF:
Conselho Regional de:	Nº. de inscrição:
Nível de escolaridade: <input type="checkbox"/> graduação <input type="checkbox"/> especialização <input type="checkbox"/> mestrado <input type="checkbox"/> doutorado Especificar:	
Endereço residencial (rua/avenida, número, bairro):	
Município:	Cep:
E-mail:	Telefones:

Eu _____, portador dos documentos e dados cadastrais abaixo declaro assumir **RESPONSABILIDADE TÉCNICA SUBSTITUTA** pelo estabelecimento acima citado:

RG nº.:	CPF:
Conselho Regional de:	Nº. de inscrição:
Nível de escolaridade: <input type="checkbox"/> graduação <input type="checkbox"/> especialização <input type="checkbox"/> mestrado <input type="checkbox"/> doutorado Especificar:	
Endereço residencial (rua/avenida, número, bairro):	
Município:	Cep:
E-mail:	Telefones:

Eu _____, portador dos documentos e dados cadastrais abaixo declaro assumir Responsabilidade de **SUPERVISOR DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA** pelo estabelecimento acima citado:

RG nº.:	CPF:
Conselho Regional de:	Nº. de inscrição:
Nível de escolaridade: <input type="checkbox"/> graduação <input type="checkbox"/> especialização <input type="checkbox"/> mestrado <input type="checkbox"/> doutorado Especificar:	
Endereço residencial (rua/avenida, número, bairro):	
Município:	Cep:
E-mail:	Telefones:

Comprometemo-nos a cumprir efetivamente as atividades propostas para as nossas funções, de acordo com a Portaria nº. 453/1998 ou outras que vierem a complementá-la e/ou substituí-la.

Divinópolis, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
PRIMÁRIO (LEGAL)/CARIMBO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
TÉCNICO/CARIMBO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
TÉCNICO SUBSTITUTO/CARIMBO

ASSINATURA DO SUPERVISOR DE PROTEÇÃO
RADIOLÓGICA/CARIMBO