



NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA
CADASTRO DE INSTITUIÇÃO – RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

Recebido
__/__/__

Processado
__/__/__

1. Tipo de movimentação cadastral () cadastro inicial () alteração de cadastro		2. Instituição (código no verso)		3. Natureza da instituição (código no verso)	
4. Razão Social				5. () CGC () CPF	
6. Nome Fantasia			7. Setor / Departamento		
8. Endereço (Rua, Av., número e complemento)			9. Município		
10. Bairro / Distrito		11. UF	12. CEP	13. DDD/Telefone/Ramal	14. Fax
15. Titular			16. Provê dosímetro individual?		17. Laboratório
18. Responsável Técnico pelo setor (RT)			19. CPF		20. CRO
21. Substituto do Responsável Técnico			22. CPF		23. CRO
24. Supervisor de proteção radiológica de radiodiagnóstico (SPR)			25. CPF		26. Tipo de instalação () Consultório () Clínica radiológica

27. Tabela de equipamentos e exames

REF.	Mobili- dade	Identificação da sala	FABRICANTE E MODELO	Exames que realiza (códigos no verso)	Número de filmes/mês
001					
002					
003					
004					
005					
006					

28. Observações

28. Observações	
29 Local e data	30 Assinatura do titular da instituição