

Superintendência de Vigilância em Saúde  
Gerência de Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde  
Coordenação de Monitoramento e Fiscalização de Radiação Ionizante  
Av. 136, Qd. F-44, Lt 22 e 24 – Setor Sul – CEP: 74.093-250 – Goiânia-GO - (62) 3201-2674

[www.visa.goias.gov.br](http://www.visa.goias.gov.br)

[suvisa.cmfri@saude.go.gov.br](mailto:suvisa.cmfri@saude.go.gov.br)

### BAIXA DE APARELHO DE RADIODIAGNÓSTICO

**DADOS DA EMPRESA:**

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA: \_\_\_\_\_

CNPJ / CPF: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

**DADOS DO APARELHO:**

Nº do aparelho: \_\_\_\_\_

Fabricante: \_\_\_\_\_

Modelo: \_\_\_\_\_

Tensão máxima: \_\_\_\_\_

Corrente máxima: \_\_\_\_\_

DESTINO DO APARELHO			
Situação do aparelho	Nome da Instituição ou pessoa física a quem foi destinado o aparelho	CPF OU CNPJ	Endereço ao qual foi destinado o aparelho
Dado ( )			
Vendido ( )			
Desativado ( )			

Venho através deste, solicitar junto a este órgão de Vigilância Sanitária a baixa do aparelho especificado acima.

\_\_\_\_\_  
Nome do requerente (por extenso)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.