DESCARTE DE EQUIPAMENTO DE RADIAÇÃO IONIZANTE ODONTOLÓGICO INTRAORAL

RDC/ANVISA 611/2022 – Subseção IV, artigos 18, 19 e 20; e seção II, artigo 21.

# IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CNPJ/CPF: | | Razão Social: | | | |
| Nome Fantasia: | | | | | |
| CNES: | CNAE: | | | | |
| Endereço: | | | | | |
| Cidade: | | | | | Fone: |
| Responsável: | | | | | CPF: |
| Profissão: | | | Entidade de Classe/UF/nº: | | |
| Ramo Atividade: | | | | E-mail: | |
| Consultório Clínica Odontológica Serviço de Radiologia Odontológica Atividade Veterinária | | | | | |

1. **IDENTIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descrição: | | |
| Marca: | | Modelo: |
| Nº de série: | Data de fabricação: | |
| KVP: | | mA: |
| Outros: | | |

1. **IDENTIFICAÇÃO DO TÉCNICO RESPONSÁVEL PELO DESMONTE / DESCARTE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CNPJ/CPF: | | Razão Social: | | |
| Nome Fantasia: | | | | |
| CNES: | CNAE: | | | |
| Endereço: | | | | |
| Cidade: | | | | Fone: |
| Responsável: | | | | CPF: |
| Profissão: | | | Entidade de Classe/UF/nº: | |
| E-mail: | | | | |
| Outros: | | | | |

1. **IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DE DESCARTE DOS RESÍDUOS QUÍMICOS E PERFUROCORTANTES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Empresa coletora e transportadora** | | | | |
| CNPJ/CPF: | Razão Social: | | | |
| Nome Fantasia: | | | | |
| Endereço: | | | | |
| Cidade: | | | | |
| Licença Ambiental de Operação (LAO): | | | Validade LAO: | |
| **Destinação Final** | | | | |
| Razão Social: | | CNPJ: | | |
| Licença Ambiental de Operação (LAO): | | | | Validade LAO: |

**6 - Responsáveis**

Proprietário do equipamento

Responsável técnico do estabelecimento

Técnico que realizou o desmonte

Anexar o manifesto de transporte (comprovante de retirada) pela empresa de transporte de resíduos de serviços de saúde.

Local e Data:

# Observações