



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

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
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: ____/____/____.