

**INFORMAÇÕES SOBRE O ESTABELECIMENTO**

DATA:	CRS:	Nº SIMULADOR:
R. SOCIAL:		
CNPJ:		
ENDEREÇO:		
CIDADE:	CONTATO:	

**EQUIPAMENTO**

FABRICANTE:	MODELO:
NÚMERO DE SÉRIE:	COMPLEMENTO:
ANO DE FABRICAÇÃO	REGISTRO NA ANVISA:

**PARÂMETROS UTILIZADOS**

Tensão (kVp):	Corrente (mAs):		DO:	
Relação Filtro/Alvo:	Mo/Mo ( )	Mo/Rh ( )	W/Rh ( )	Rh/Ag ( )
Controle de Exposição	MANUAL ( )	AUTOMÁTICO ( )	SEMIAUTOMÁTICO ( )	

**PROCESSAMENTO**

**QUÍMICO** MARCA/MODELO PROCESSADORA:  
FABRICANTE:

**CR** MARCA/MODELO LEITORA:  
MARCA/MODELO IMPRESSORA:  
FABRICANTE:  
QUANTIDADE DE CHASSIS(IP'S):  
TEMPO DE USO DO CHASSIS(IP):  
MÉDIA MENSAL DE EXAMES:

**DR** MARCA/MODELO IMPRESSORA:  
FABRICANTE:

**CONTROLE DE QUALIDADE**

QUEM FAZ O CONTROLE DE QUALIDADE? SE EMPRESA, QUAL EMPRESA?

**OBSERVAÇÕES**

\_\_\_\_\_  
TÉCNICO EM RADIOLOGIA, CRTR

\_\_\_\_\_  
FISCAL SANITÁRIO