

**DECLARAÇÃO DE DESATIVAÇÃO, SOLICITAÇÃO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE E  
INFORMAÇÃO SOBRE DESTINO DE EQUIPAMENTO DE RADIOLOGIA DIAGNÓSTICA  
ODONTOLÓGICA INTRAORAL**

A RDC - ANVISA Nº 611, de 9 de março de 2022, a qual tem como objetivos “estabelecer os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista; e regulamentar o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas”, prevê:

No Capítulo II – Dos Requisitos Gerais, Seção I – Da Estrutura Organizacional, Subseção IV – Dos requisitos para desativação de serviços ou equipamentos, Art.19. “A desativação de equipamento de radiologia diagnóstica ou intervencionista deve ser formalmente comunicada à autoridade sanitária competente, por escrito, com solicitação de baixa de responsabilidade e informação sobre o seu destino.”

Em conformidade com a legislação supracitada, eu, \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, como responsável legal e \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, como responsável técnico pelo estabelecimento de razão social/nome: \_\_\_\_\_, CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_, com inscrição no CRO nº: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, localizado à (Rua, Av., Etc.): \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_, Sala \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_ com a atividade de serviço de radiologia diagnóstica odontológica intraoral, **declaramos a desativação do ( ) serviço e/ou ( ) equipamento, solicitamos baixa de responsabilidade** sobre o equipamento de radiologia odontológica intraoral contendo os seguintes dados:

- Nome do equipamento: \_\_\_\_\_
- Fabricante: \_\_\_\_\_
- Modelo: \_\_\_\_\_
- Série: \_\_\_\_\_
- Tipo de Cabeçote: \_\_\_\_\_
- Tensão máxima: \_\_\_\_\_
- Corrente máxima: \_\_\_\_\_
- Tempo máximo: \_\_\_\_\_
- Mobilidade (chão ou teto): \_\_\_\_\_
- Tipo de colimador: \_\_\_\_\_

que encontra-se no local supracitado, bem como **informamos a transferência dessa responsabilidade**, pelo motivo de \_\_\_\_\_ deste equipamento para (razão social/nome) \_\_\_\_\_, localizado à (Rua, Av., Etc.) \_\_\_\_\_ conforme legislação vigente.

Santa Maria, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Responsável Legal**

\_\_\_\_\_  
**Responsável Técnico**

\_\_\_\_\_  
CPF e/ou CI (RG)

\_\_\_\_\_  
CPF e/ou CI (RG)