

# INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

## 01. TIPO DE SOLICITAÇÃO

Para INCLUSÃO de Instituição ou Setor, preencha todos os itens.

Para EXCLUSÃO preencha os itens 1, 2, 3, 4.

Para ALTERAÇÃO (atualização) preencha os itens 1, 2, 3, 4 e todos referentes aos dados a serem alterados.

## 02. REGISTRO INSTITUIÇÃO

Número do processo de registro atribuído à Instituição/Setor pela CNEN. Deve ser preenchido sempre que o tipo (item 1) for EXCLUSÃO ou ALTERAÇÃO.

## 03. NOME INSTITUIÇÃO

Nome da Razão Social da Instituição.\*

## 04. SETOR

Nome do Setor (departamento, divisão, seção, etc.) da Instituição onde é utilizada a radiação ionizante.\*

Quando não se aplicar à Instituição a subdivisão em Setores, não preencha este item; neste caso, os dados a serem fornecidos nos itens seguintes referem-se à Instituição.

## 05. ALTERA NOME ?

Preencha com "S" caso deseje modificar NOME INSTITUIÇÃO (item 3) ou Setor (Item 4) quando TIPO DE SOLICITAÇÃO for "a" (ALTERAÇÃO)

## 06. a 13. ENDEREÇO COMPLETO DO SETOR

## 14. SIGLA DO LABORATÓRIO FORNECEDOR DE DE DOSÍMETRO

Sigla do Laboratório que fornece os dosímetros utilizados pelos funcionários do Setor.

## 15. ÁREA DE APLICAÇÃO

Assinale com um X o quadro correspondente à (s) áreas (s) de aplicação na (s) qual (is) o Setor utiliza material radioativo.

## 16. NOME DO RESPONSÁVEL PELA PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

Nome Completo do responsável pela proteção radiológica no Setor; caso o espaço não seja suficiente, abrevie os nomes intermediários.\*

## 17. CPF PRÓPRIO ?

Assinale com um X o quadro correspondente, se o responsável pela proteção radiológica possuir CPF próprio ou não.

## 18. CPF DO RESPONSÁVEL

Numero do CPF do responsável pela Proteção Radiológica; não preencher se foi assinalado NÃO no item 17.

## 19. NOME DO RESPONSÁVEL PELO USO DO MATERIAL

Nome completo do responsável pelo uso do material radioativo; caso o espaço não seja suficiente, abrevie os nomes intermediários.\*

Este quadro deve ser preenchido mesmo quando o responsável pelo uso do material for também responsável pela proteção radiológica.

## 20. NÃO PREENCHER

Use exclusivo da CNEN.

\* Não use hífen para separar sílabas nem ponto quando for necessário abreviar.

**CNEN****CADASTRAMENTO DE INSTITUIÇÃO****NÚMERO****1- TIPO DE SOLICITAÇÃO**

I INCLUSÃO

E EXCLUSÃO

A ALTERAÇÃO

**2- REGISTRO DA INSTITUIÇÃO****3- NOME DA INSTITUIÇÃO****4- SETOR****5- ALTERA NOME?**

INSTIT SETOR

S/N S/N

**6 ENDEREÇO****7- BAIRRO OU DISTRITO****8- CEP****9- CAIXA POSTAL****10- CIDADE / MUNICÍPIO****11- UNIDADE FEDERAÇÃO**

SIGLA

**12- TELEFONE**

DDD

NÚMERO

RAMAL

**13- TELEX****14- SIGLA DO LABORATÓRIO FORNECEDOR DO DOSÍMETRO****15- ÁREA DE APLICAÇÃO**

C I D R A - U S P

SAÚDE

S

PESQUISA

P

INDÚSTRIA

I

COMÉRCIO

C

**16- NOME DO RESPONSÁVEL PELA PROTEÇÃO RADIOLÓGICA****17- CPF PRÓPRIO**

SIM

S

NÃO

N

**18- CPF**

(SOMENTE SE TIVER CPF PRÓPRIO)

**19- NOME DO RESPONSÁVEL PELO USO DO MATERIAL RADIOATIVO****20- NÃO PREENCHER**

AC

OPPL

CL

S

**NOME DO DIRETOR RESPONSÁVEL:****21- CGC DA INSTITUIÇÃO**

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO DIRETOR RESPONSÁVEL

OBS: PREENCHER À MÁQUINA OU COM LETRA DE IMPRENSA