



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA 2ª REGIÃO
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CREDENCIAMENTO SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES DAS TÉCNICAS
RADIOLÓGICA - SATR

Senhor Diretor Presidente do CRTR da 2ª Região,

(1) _____
(nome da empresa)

(2)Endereço: _____, (3)Nº _____

(4)Bairro: _____ (5)CEP: _____ - _____

(6)Cidade: _____ (7)UF: ____ (8)Telefone()Whatssap() _____

(9)CNPJ: ____ . ____ . ____ / ____ - ____ (10)E-MAIL: _____

(11)Cadastrada neste Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 2ª Região sob o nº _____, requer o **CREDENCIAMENTO**() e/ou **RENOVAÇÃO**() de Supervisor das Aplicações Técnicas Radiológicas, conforme Resolução CONTER nº 11, de 11 de novembro de 2011, ao (12)profissional: _____

(13)CRTR nº _____ (14)e-mail: _____

(15)cuja relação empregatícia é de (15)(_)Funcionário Público- (16)(_)Funcionário CLT-

(17)(_)Prestador de Serviços: Nome da Empresa: _____

Endereço _____ Nº _____

Bairro: _____, Cidade _____ UF _____

CNPJ _____, e-mail _____

Telefone()Whatssap() _____

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura e carimbo do profissional indicado

Assinatura e carimbo responsável legal da empresa