



Fls. \_\_\_\_\_

Proc. \_\_\_\_\_

CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA - 5ª REGIÃO - SÃO PAULO  
Serviço Público Federal

**RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE PRESTAM SERVIÇO À EMPRESA E DE ESTABELECIMENTOS ONDE A EMPRESA PRESTA SERVIÇO**

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

RELAÇÃO DOS(AS) PROFISSIONAIS QUE PRESTAM SERVIÇO À EMPRESA		
NOME DO(A) PROFISSIONAL	Nº DO CRTR	REGIME DE TRABALHO (Sócio(a), Funcionário(a) ou Prestador(a) de Serviço)

ESTABELECIMENTOS ONDE A EMPRESA PRESTA SERVIÇO	
HOSPITAL / CLÍNICA	
Obs.: Se a Empresa não estiver prestando serviço, informar neste campo "a Empresa não presta serviço atualmente"	
Hospital / Clínica:	Telefones: ( )
Hospital / Clínica:	Telefones: ( )
Hospital / Clínica:	Telefones: ( )
Hospital / Clínica:	Telefones: ( )
Hospital / Clínica:	Telefones: ( )
Hospital / Clínica:	Telefones: ( )
Hospital / Clínica:	Telefones: ( )
Hospital / Clínica:	Telefones: ( )
Hospital / Clínica:	Telefones: ( )
Hospital / Clínica:	Telefones: ( )

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,

CRTR \_\_\_\_\_, Responsável Técnico(a) da Empresa acima, declaro que:

- 1) Os(as) profissionais que prestarem serviços à referida Empresa deverão respeitar a jornada de 24 horas semanais e deverão fazer uso dos equipamentos de radioproteção;
- 2) A Empresa deverá manter os(as) profissionais que não forem sócios(as) registrados(as) em Carteira de Trabalho e oferecer salário digno da categoria;
- 3) Tanto a Empresa quanto os(as) profissionais deverão zelar pelo código de Ética Profissional.

\_\_\_\_\_,  
CIDADE\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DIA

MÊS

ANO

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Responsável Técnico(a)