



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

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

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

**INDICAÇÃO DO SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES DAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS**

**EMPRESA OU ENTIDADE INDICADORA DO SUPERVISOR**

Razão Social \_\_\_\_\_  
CNPJ \_\_\_\_\_ Setor de \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_  
Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
CEP \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Tel. fixo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Requer o credenciamento de Supervisor das Aplicações das Técnicas Radiológicas, conforme Resolução CONTER nº 11, de 11 de novembro de 2011, de:

Profissional indicado(a) \_\_\_\_\_

CRTR nº \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_

Tel. fixo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Relação empregatícia ou contratual:

Funcionário CLT  Funcionário Público  Prestador de Serviços  Outros \_\_\_\_\_

**EMPRESA OU ENTIDADE ONDE SERÁ PRESTADO SERVIÇO**

Razão Social \_\_\_\_\_  
CNPJ \_\_\_\_\_ Setor de \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_  
Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
CEP \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Tel. fixo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Nestes termos, pede Deferimento.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do(a) Responsável legal da Empresa indicadora

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do(a) Profissional indicado(a)



CRTR 5ª Região/SP

Rua Herculano, nº 169 - Sumaré - CEP 01257-030 - São Paulo - SP

e-mail: [satr@ctrsp.org.br](mailto:satr@ctrsp.org.br) - site: [www.ctrsp.org.br](http://www.ctrsp.org.br)