



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 ☐ Sócio ☐ Outros

EMPRESA OU ENTIDADE ONDE SERÁ PRESTADO SERVIÇO
(Localização do setor de radiologia)

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, assinatura, nome e cargo do(a) Responsável legal da Empresa indicadora

Carimbo, assinatura, nome e cargo do(a) Profissional indicado(a)