REQUERIMENTO DO CERTIFICADO DA EMPRESA

ILMO.SR.PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA - 13ª REGIÃO

A empresa _____,

inscrita no CNPJ sob o nº _____,

situada à Rua / Av. _____ nº _____,

Bairro _____, Cidade _____,

CEP: _____, através de seus responsáveis, atendendo a legislação vigente, vem requerer a V.Sa., o Certificado de Cadastro / Registro junto ao Conselho Regional de Técnicos em Radiologia - 13ª Região, nos termos da Lei nº 7.394/85, Dec.Lei nº 92.790/86, Resoluções CONTER nº 007/89, 44/92 e Portaria 453/98 da ANVISA.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Local e data

Responsável pela Empresa (Nome Legível / Assinatura / Cargo)

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO DO SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES DAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS

ILMO.SR.PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA - 13ª REGIÃO

A empresa _____,

inscrita no CNPJ sob o nº _____,

situada à Rua / Av. _____ nº _____,

Bairro _____, Cidade _____,

CEP: _____, através de seus responsáveis, atendendo a legislação vigente, vem requerer a V.Sa., o credenciamento do ( ) Técnico / ( ) Tecnólogo em Radiologia _____ _____, inscrito no CRTR - 13ª Região sob o número _____, como SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES DAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS, conforme exigência da Lei nº 7.394 / 85, Decreto nº 92.790 / 86 e Resoluções CONTER nº 26/2001 e 10/2006, onde o mesmo se compromete a desempenhar todas as atividades inerentes ao cargo, conforme o determinado na legislação vigente.

Nestes termos,

Pede deferimento

Local e data

Nome legível e assinatura do responsável pelo estabelecimento

Nome legível e assinatura do Supervisor das Aplicações das Técnicas Radiológicas

FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO
IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE: **UF:**

CEP: **CNPJ:**

ENTIDADE MANTENEDORA:

NATUREZA:

TELEFONES:

CONTATO:

CARGO:

NOME DOS SÓCIOS

ESTABELECIMENTO	
RUA / AV.	
BAIRRO	CEP
CIDADE	
TELEFONE	
CNPJ	
CONTATO	
CARGO	

PROFISSIONAIS QUE PRESTAM SERVIÇOS À INSTITUIÇÃO QUE OPERAM COM RADIAÇÕES IONIZANTES

SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES DAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS

NOME	

TECNÓLOGO TÉCNIC O AUXILIAR CRTR Nº:

NOME			
RUA / AV.			
BAIRRO		CEP	
CIDADE			
TELEFONE			

TECNÓLOGO TÉCNICO AUXILIAR CRTR Nº:

NOME			
RUA / AV.			
BAIRRO		CEP	
CIDADE			
TELEFONE			

TECNÓLOGO TÉCNICO AUXILIAR CRTR Nº:

NOME			
RUA / AV.			
BAIRRO		CEP	
CIDADE			
TELEFONE			

Obs: Havendo mais de três profissionais no estabelecimento, xerocar este formulário e acrescentar os demais nomes.

DATA - / /	**CRTR - 13ª REGIÃO**