



**CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA**  
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

**Procedimento para Preenchimento do Requerimento de SATR**

**Supervisor das Aplicações das Técnicas Radiológicas**

A fim de facilitar o preenchimento pelo representante legal da Empresa, vimos esclarecer as informações a serem fornecidas em cada campo (o nº do campo está indicado no anexo):

Campo nº 1: Nome Empresarial, que Indicará o Supervisor - SATR;

Campo nº 2: Endereço principal da Empresa;

Campo nº 3: Número de telefone para possível contato;

Campo nº 4: Número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica junto ao Ministério da Fazenda;

Campo nº 5: E-mail do estabelecimento;

Campo nº 6: Número do Registro de Pessoa Jurídica junto ao Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 13ª Região. Obs: Deixar em branco se for inscrita no CRM;

Campo nº 7: Nome por extenso do Tecnólogo ou Técnico em Radiologia;

Campo nº 8: Número do Registro de Pessoa Física junto ao Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 13ª Região;

Campo nº 9: Vínculo Empregatício ou Relação Contratual Perante a Empresa;

Campo nº 10: Setor;

Campo nº 11: Dados do Estabelecimento (hospital, clínica, centro, instituto, etc.), onde a empresa que indica o SATR terceiriza o Serviço de Radiologia.

Campo nº 12: Local e data da Indicação;

Campo nº 13: Assinatura e Carimbo do Representante da Empresa que procede a Indicação e carimbo com CNPJ da empresa;

Campo nº 14: Assinatura e Carimbo do Tecnólogo ou Técnico em Radiologia indicado.

**Observações Importantes:**

1. - O Requerimento de Credenciamento do SATR será deliberado pela Diretoria Executiva do CRTR, dessa forma, deve o responsável pelo preenchimento cuidar para que as informações nele contidas se apresentem de forma LEGÍVEL, CLARA E INEQUÍVOCA;
2. - É de suma importância que as informações fornecidas ocupem apenas o espaço a elas destinadas, para a correta interpretação dos dados.



**CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA**  
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR PRESIDENTE DO CRTR/13ª REGIÃO,  
Nome da empresa (1)

Endereço: (2)

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Telefone: (3) \_\_\_\_\_

CNPJ:(4) \_\_\_\_\_

E-mail: (5) \_\_\_\_\_

Inscrita neste Conselho Regional sob o nº (6) \_\_\_\_\_, Requer o credenciamento de Supervisor das Aplicações Técnicas Radiológicas, conforme Resolução CONTER nº 11, de 11 de novembro de 2011, do profissional (nome do Técnico / Tecnólogo) (7) \_\_\_\_\_, CRTR nº(8) \_\_\_\_\_

cujas relações empregatícias são de: (9)

Funcionário Público

Funcionário CLT

Em caso de Prestador de Serviços, especifique:

(10) Setor: \_\_\_\_\_

(11) Nome da Empresa: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Nestes termos, pede Deferimento.

(12) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(13) Assinatura e carimbo do (a) Responsável legal da Pessoa Jurídica e carimbo CNPJ da empresa.

(14) Assinatura e carimbo do (a) Profissional indicado (a)