



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA 17ª REGIÃO
Autarquia Pública Federal (Lei nº 7.394/85 e Dec. Nº 92.790/86)
CRTR 17ª REGIÃO MARANHÃO/PIAUI

Ilustríssimo Sr. Presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia – 17ª Região.

Em cumprimento ao disposto no Art. 10º. da Lei nº. 7.394/85 e do Decreto nº. 92.790/86 e nos Artigos 2º., 3º. e 4º. da Resolução CONTER nº. 11, de 11 de novembro de 2011, que regula e normatiza as atribuições do Supervisor das Aplicações das Técnicas Radiológicas,

RAZÃO SOCIAL

NOME FANTASIA

- ☐ Empresa com serviço de radiologia próprio e todos profissionais das Aplicações das Técnicas Radiológicas são seus funcionários;
- ☐ Empresa presta (terceiriza) serviços de radiologia para;

RAZÃO SOCIAL

NOME FANTASIA

com sede na, _____, nº. _____

Bairro, _____ Cidade, _____ UF _____

CEP, _____ registrada no CNPJ sob o nº. _____.

E-mail: _____, requer, através de seu representante legal Sr(a) _____

cargo/função, _____ o credenciamento do

☐ Tecnólogo em Radiologia, ☐ Técnico em Radiologia, Sr(a) _____

_____, portador(a) do CRTR17ª nº _____

para a função de **Supervisor das Aplicações das Técnicas Radiológicas**, no setor de _____

(**RADIODIAGNÓSTICO, RADIOTERAPIA, MEDICINA NUCLEAR, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, HEMODINÂMICA**)
estando o(a) mesmo(a) ciente de que deverá cumprir o disposto na Resolução CONTER nº. 11, de 11 de novembro de 2011. Anexado a este Requerimento, encaminho os seguintes documentos:

- [] Ofício emitido pela Empresa/Hospital; [] Cópia da Carteira Profissional do indicado;
- [] Certidão Negativa de débitos do indicado junto ao CRTR 17ª Região.

Nestes termos

Pede deferimento, _____, de _____, de _____.

(Cidade/Estado) (Dia) (Mês) (Ano)

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA

ASSINATURA DO PROFISSIONAL INDICADO

CRTR17ªREGIÃO-MA/PI

R. dos Ipês, Qd. 29, nº 30, sala 401, Edifício Prime Renascença– Renascença, CEP: 65075-200 | São Luís/MA

E-mail: atendimento@crtr17.gov.br | WhatsApp: (98) 9 8565-2681