



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
Autarquia Pública Federal
CRTR-4ª REGIÃO – RJ.

REQUERIMENTO PESSOA JURÍDICA

1 - EMPRESA

Razão Social: _____

CNPJ: _____

Endereço da Sede: _____

Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Município: _____ UF: _____

Tel. Fixo : _____ / Tel. Cel: _____

E-mail: _____

2 - CONTABILIDADE

Contabilidade Responsável: _____

Tratar com: _____

Tel. Fixo: _____ / Tel. Celular: _____

E-mail: _____

3 – ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIAS

Endereço: _____

Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Município _____ UF: _____

4 – RESPONSÁVEL TÉCNICO(A):

Nome: _____

CPF: _____ CRTR: _____

Tel. Fixo: _____ / Tel. Celular: _____

E- Mail: _____





CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA

Autarquia Pública Federal

CRTR-4ª REGIÃO – RJ.

6– ESTABELECIMENTOS ONDE A EMPRESA PRESTA SERVIÇO

Se a Empresa não estiver prestando serviço, informar neste campo “a Empresa não presta serviço atualmente”.

Hospital/ Clínica:

Telefones:

Endereço:

Hospital/ Clínica:

Telefones:

Endereço:

Hospital/ Clínica:

Telefones:

Endereço:

Hospital/ Clínica:

Telefones:

Endereço:

Hospital/ Clínica:

Telefones:

Endereço:

Hospital/ Clínica:

Telefones:

Endereço:



Av. Presidente Vargas 534 - 7º Andar - Rio de Janeiro/RJ - CEP: 20.071-000

Fone: (21) 2262-1446

Página Institucional: www.crtrrj.gov.br - E-mail: gerencia@crtrrj.gov.br



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
Autarquia Pública Federal
CRTR-4ª REGIÃO – RJ.

8 – FILIAIS

Unidade: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Município: _____ UF: _____

Tel. Fixo : _____ / Tel. Cel: _____

E-mail: _____

Unidade: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Município: _____ UF: _____

Tel. Fixo : _____ / Tel. Cel: _____

E-mail: _____

Unidade: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Município: _____ UF: _____

Tel. Fixo : _____ / Tel. Cel: _____

E-mail: _____

Eu, _____,
Responsável Técnico da Empresa acima, de acordo com o disposto na Lei 6839/80 e





CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA

Autarquia Pública Federal

CRTR-4ª REGIÃO – RJ.

na Resolução CONTER nº 07/89, faço o Requerimento abaixo e declaro estar ciente de que o deferimento da solicitação está condicionado à devida regularidade dos(as) sócios(as) junto ao CRTR 4ª Região / RJ.

Declaro ainda que, em se tratando de Requerimento de Inscrição, o protocolo do CRTR 4ª Região / RJ não autoriza a referida empresa a exercer suas atividades, sob pena de multa prevista na Legislação Vigente. A autorização dar-se-á somente através do Certificado de Registro de Pessoa Jurídica, que é o documento comprobatório da regularidade da Empresa neste Órgão, o qual deverá ser afixado em local visível onde a Empresa presta serviço.

- Registro
- Alteração Contratual
- Baixa de Registro
- Outros: _____

Nestes termos, pede deferimento.

_____, ____/____/____
Cidade Dia Mês Ano

Diretor ou Responsável Legal da Empresa

Assinatura e Carimbo

