



Fls. _____
Proc. _____

CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA 4ª REGIÃO
RIO DE JANEIRO
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

EMPRESA OU ENTIDADE ONDE SERÁ PRESTADO SERVIÇO

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 e assinatura do(a) Responsável legal da Empresa indicadora

Carimbo e assinatura do(a) Profissional indicado(a)

CRTR 4ª Região/RJ

Av. Presidente Vargas, nº 534, 17º Andar – Centro – RJ - CEP 20.071-000 – Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (21) 4101-6833
e-mail: certificado@crtrrj.gov.br - site: www.crtrrj.gov.br