



REQUERIMENTO PESSOA JURÍDICA

Razão Social _____

C.N.P.J. _____ Telefones (____) _____

Endereço (da sede) Rua/Av. _____

nº _____ Bairro _____ Complemento _____

Município _____ UF _____ CEP: _____

Contabilidade responsável: _____

Telefone (____) _____ Tratar com _____

Endereço para envio das correspondências

Rua/Av. _____

nº _____ Bairro _____ Complemento _____

Município _____ UF _____ CEP: _____

Site _____ E-mail _____

Relacionar Estabelecimentos onde a empresa presta serviço (Hospitais/Clínicas) obs.: se a empresa não estiver prestando serviço, informar neste campo “ a empresa não presta serviço atualmente”

Hospital/Clínica _____

Telefones (____) _____

Hospital/Clínica _____

Telefones (____) _____

Hospital/Clínica _____

Telefones (____) _____

Hospital/Clínica _____

Telefones (____) _____

Eu, _____ CRTR nº _____, portador da cédula de identidade (RG) nº _____, responsável técnico da empresa acima, venho através desta, de acordo com o disposto na Lei n.º 6.839/80 e na Resolução CONTER n.º 07/89, fazer o requerimento abaixo e declaro estar ciente de que o deferimento da solicitação está condicionado à devida regularidade dos sócios junto ao CRTR 5ª Região/SP. Declaro ainda que, em se tratando de requerimento de inscrição, o protocolo do CRTR 5ª Região/SP não autoriza a referida empresa a exercer suas atividades, sob pena de multa prevista na Resolução CONTER nº 007/04. 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 serviços.

Registro Alteração Contratual Baixa de Registro Outros _____

Nestes termos, pede deferimento.

_____/_____/_____
CIDADE

DIA

MÊS

ANO

Nome e ass. Responsável Técnico em Radiologia

nº do CRTR: _____

