



INDICAÇÃO DO SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES DAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS – SATR

Nome da Empresa/Entidade: _____

Endereço: _____ nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cep: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

C.N.P.J.: _____ CRTR-PJ nº _____ Setor de _____

Indica o profissional:

_____, CRTR nº _____,
(nome completo do Técnico / Tecnólogo)

para o credenciamento de **SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES TÉCNICAS RADIOLÓGICAS**, conforme Resolução CONTER nº 10, de 15 de setembro de 2006, cuja relação empregatícia ou contratual é :

Funcionário Público

Funcionário CLT

Prestador de serviços na empresa:

Razão Social: _____

Endereço: _____ C.N.P.J.: _____

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ / _____ / _____.
CIDADE DIA MÊS ANO

CARIMBO E ASSINATURA DO (A) RESPONSÁVEL LEGAL DA PESSOA JURÍDICA

CARIMBO E ASSINATURA DO (A) PROFISSIONAL INDICADO (A)