



INDICAÇÃO DO SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES DAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS – SATR

ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR PRESIDENTE DO CRTR/5ª REGIÃO,

Nome da Empresa/Entidade: _____

Endereço: _____ n°: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____ C.N.P.J.: _____

Inscrita neste Conselho Regional sob o n° _____, Requer o credenciamento de **SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES TÉCNICAS RADIOLÓGICAS**, conforme Resolução CONTER n° 11, de 11 de Novembro de 2011, do profissional:

(nome completo do Técnico / Tecnólogo)

CRTR n° _____, E-mail: _____

cuja relação empregatícia ou contratual é de:

Funcionário Público

Funcionário CLT

Em caso de Prestador de Serviços, especifique:

Razão Social: _____

Endereço: _____ C.N.P.J.: _____

Nestes termos, pede deferimento.



_____, DIA / MÊS / ANO
CIDADE

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

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



INDICAÇÃO DO SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES DAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS – SATR

A indicação do **Supervisor das Aplicações das Técnicas Radiológicas** é **obrigatória**, em cumprimento à **RESOLUÇÃO CONTER nº 11/2011**, que Regula e normatiza as suas atribuições, consoante disposto no art. 10º da Lei nº 7.394/85 e art. 10º do Decreto nº 92.790/86.

Toda **Empresa e/ou Serviço de Radiologia** que possuam em seus quadros funcionais Técnicos e/ou Tecnólogos em Radiologia deverão proceder à indicação do Supervisor das Aplicações das Técnicas Radiológicas, nos Setores de **Radiodiagnóstico, Radioterapia, Medicina Nuclear** ou **Radiologia Industrial**.

CONDIÇÕES GERAIS:

1. A indicação do Supervisor será procedida pelo representante legal da Pessoa Jurídica, com a aquiescência do profissional indicado, mediante requerimento a ser encaminhado ao CRTR-5ª Região, observadas as seguintes exigências:

"Importante: é obrigatório o preenchimento de TODOS os campos do formulário de indicação, sob pena de recusa do mesmo."

- **Que o profissional seja legalmente habilitado para o exercício da profissão, possua Cédula de Identidade definitiva (CRTR) e esteja em pleno gozo de seus direitos profissionais;**
- **Que o profissional não tenha condenação em processo ético disciplinar, já transitado e julgado, nos últimos 5 (cinco) anos e esteja com todas as anuidades quitadas;**
- **Que o profissional perante a pessoa jurídica, mantenha vínculo empregatício e/ou relação contratual;**
- **O exercício da Supervisão das Aplicações das Técnicas Radiológicas não conflita com a jornada de trabalho profissional;**

2. Será cobrada a taxa de emissão do Certificado do Supervisor das Aplicações das Técnicas em Radiologia, conforme Resolução CONTER (vide Tabela de anuidades e taxas de PJ), cujo pagamento dar-se-á através de boleto bancário, no ato da indicação junto ao Conselho Regional, que poderá ser enviada no email informado no Requerimento

3. Após o pagamento da referida taxa e do recebimento do respectivo requerimento, o Conselho Regional abrirá processo administrativo o qual será deliberado em Reunião de Diretoria Executiva.

4. Se na indicação for constatada situação irregular (inadimplência/pendência de documentos/condenação em processo ético disciplinar), comunica-se a impossibilidade do credenciamento e solicita-se à Instituição/Empresa que indique outro profissional, ou que o indicado regularize as pendências. O mesmo se aplica à Empresa: havendo pendências, ficará "suspense" o processo até que ocorram as providências e a solução das mesmas.

5. Havendo deferimento do profissional indicado, o Conselho Regional emitirá o **referido Certificado, com validade de 01(um) ano, devendo ser renovado a cada novo exercício.**

Atenção: "Entidades Públicas de Saúde estão dispensadas do pagamento da taxa de Certificado".

Maiores informações:

fiscalizacao@ctrsp.org.br ou contato: (11) 2189-5431 ou 2189-5404.



**PROCEDIMENTO PARA PREENCHIMENTO DO REQUERIMENTO DE SATR -
SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES DAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS**

A fim de facilitar o preenchimento pelo representante legal da Empresa, vimos esclarecer as informações a serem fornecidas em cada campo (o nº do campo está indicado no anexo):

Campo nº 1: Nome Empresarial, que Indicará o Supervisor - SATR;

Campo nº 2: Endereço principal da Empresa;

Campo nº 3: Número de telefone para possível contato;

Campo nº 4: Número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica junto ao Ministério da Fazenda;

Campo nº 5: Número do Registro de Pessoa Jurídica junto ao Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 5ª Região. **Obs.:** Deixar em branco se for inscrita no CRM;

Campo nº 6: Nome por extenso do Tecnólogo ou Técnico em Radiologia;

Campo nº 7: Número do Registro de Pessoa Física junto ao Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 5ª Região;

Campo nº 8: Vínculo Empregatício ou Relação Contratual Perante a Empresa;

Campo nº 9: Dados do Estabelecimento (hospital, clínica, centro, instituto, etc.), onde a empresa que indica o SATR terceiriza o Serviço de Radiologia.

Campo nº 10: Local e data da Indicação;

Campo nº 11: Assinatura e Carimbo do Representante da Empresa que procede a Indicação;

Campo nº 12: Assinatura e Carimbo do Tecnólogo ou Técnico em Radiologia Indicado.

Observações Importantes:

- 1. O Requerimento de Credenciamento do SATR será deliberado pela Diretoria Executiva do CRTR, dessa forma, deve o responsável pelo preenchimento cuidar para que as informações nele contidas se apresentem de forma LEGÍVEL, CLARA E INEQUÍVOCA;**
- 2. É de suma importância que as informações fornecidas ocupem apenas o espaço a elas destinado, para a correta interpretação dos dados.**



**PROCEDIMENTO PARA PREENCHIMENTO DO REQUERIMENTO DE SATR -
SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES DAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS**

ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR PRESIDENTE DO CRTR/5ª REGIÃO,

(1) Nome da Empresa/Entidade: _____

(2) Endereço: _____ nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

(3) Telefone: (____) _____ E-mail: _____ (4) C.N.P.J.: _____

Inscrita neste Conselho Regional sob o nº (5) _____, Requer o credenciamento de **SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES TÉCNICAS RADIOLÓGICAS**, conforme Resolução CONTER nº 11, de 11 de Novembro de 2011, do profissional:

(6) _____,
(nome completo do Técnico / Tecnólogo)

(7) CRTR nº _____, E-mail: _____

cuja relação empregatícia ou contratual é de: (8)

Funcionário Público

Funcionário CLT

Em caso de Prestador de Serviços, especifique:

(9) Razão Social: _____

Endereço: _____ C.N.P.J.: _____

Nestes termos, pede deferimento.



(10) _____, _____ / _____ / _____.
CIDADE DIA MÊS ANO

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

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