



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
19ª Região com Jurisdição nos Estados do Amazonas e Roraima
Serviço Público Federal

CRENCIAMENTO SUPERVISOR TÉCNICO

Ilmo. Senhor Diretor Presidente.

(Instituição)

Endereço: _____ n°: _____ bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ Telefone: () _____ - _____ () _____ - _____

Email: _____ Registro no CRTR n°: _____

CNPJ n°. _____, com base na Lei n° 7.394/85, e na Resolução
CONTER n° 011, de 11 de Novembro de 2011, vem através do presente indicar a este CRTR
19ª Região o profissional:

() Nome do Indicado para Supervisor () Substituição do Supervisor ou () Renovação.

Categoria: () Tecnólogo () Técnico

RG: _____, CRTR n° _____ residente à
_____ n° _____ bairro: _____

no Município: _____ UF: _____ para “Supervisor das Aplicações
das Técnicas Radiológicas” da nossa instituição.

Relação empregatícia é de:

() Funcionário Público () Funcionário CLT () Prestador de serviços da empresa (Nome
da empresa e CNPJ): _____

- 1. Este requerimento, assinado pelo profissional e pelo empregador com reconhecimento em cartório.**
- 2. Cópia da carteira do profissional indicado – autenticada ou com original para autenticação no regional.**
- 3. Ofício timbrado da empresa indicando o profissional para SATR.**
- 4. Cópia do Comprovante de vínculo empregatício - autenticada ou com original para autenticação no regional.**
- 5. Taxa de R\$ 55,00 (em caso de segunda via ou substituição de SATR R\$ 55,00).**

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo do (a) Responsável pela Instituição

Assinatura e carimbo do (a) Profissional indicado.

CRTR 19ª REGIÃO

CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA

Rua Michel Fokine (Ant. Rua 08), N° 11, Qd: Q, Conj. Shangrilá 04 – Parque 10 de Novembro

CEP: 69064-739 Manaus AM Fone: (92) 3308-6914 Fax: (92) 3213-9583

Email: crtr19regiao@gmail.com Site: www.crtr19.gov.br