



PROT. N° _____

DATA DA ENT. ____/____/____

RUBRICA _____

CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA

19ª Região com Jurisdição nos estados do Amazonas e Roraima

Serviço Público Federal

N° de Solicitação

--

SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO PESSOA JURÍDICA Registro Principal Registro Secundário**AREA DE ATUAÇÃO** Radiodiagnóstico Veterinária Industrial Prestadora de Serviços Diagnóstico Outros**ESPECIFICAÇÃO DE SERVIÇOS PRESTADOS** Radiologia Convencional Mamografia Tomografia Computadorizada Radiologia Veterinária Densitometria Óssea Litotripsia Radiologia Odontológica Ressonância Magnética Hemodinâmica Radiologia Industrial Radioterapia Pet Scan**IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA**

Nome Fantasia da Empresa

Endereço

Bairro

CEP

Cidade/UF

Tel. Residencial

Tel. Celular

E-mail

Inscrição CNPJ

Licença Func. SES

Instr. de Constit. N°

Livro

Folha

Data

Estabelecimento:

 Único Filial Matriz**NOME DA ENTIDADE MANTENEDORA**

Entidade

Bairro

CEP

Cidade/UF

Tel. Residencial

Tel. Celular

E-mail

CARACTERÍSTICAS DO ESTABELECIMENTO Particular Federal S/ Fins lucrativos Municipal Público Fundação C/ Fins lucrativos Emp. Pública Inst. de Poder Público Militar Autarquia Sindicato Civil Estadual Cooperativa Outros

Assinatura do Solicitante

Local e Data



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

Ilmo. Sr.

Presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 19ª Região

A Empresa _____,
inscrita no CNPJ sob o N° _____, situado à _____,
seus respectivos responsáveis de acordo com a Resolução CONTER nº 07, de 11 de Outubro
de 2016 e da Lei 6.839/80, vem requerer
a V.S.ª inscrição/registro neste Conselho Regional de Técnicos em Radiologia da 19ª Região.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS:

- () CNPJ
- () Contrato Social e as alterações (Cópias Autenticadas)
- () Alvará (Cópia Autenticada)
- () Contrato de Serviço Terceirizado do Setor Radiológica (Cópia Autenticada)
- () Carteira Profissional (Habilitação CRTR 19ª Reg.) de todos funcionários (Não necessário Autenticar)
- () Comprovante de Taxa de Inscrição PJ (Não necessário Autenticar)
- () Formulário de Indicação de Supervisor Técnico.
- () Certificado de Registro de PJ em outro conselho, se houver (Não necessário Autenticar)
- () Certidão de Regularidade expedida pelo CRTR 19ª Reg. de todos os profissionais. (Via Online no site do Conselho).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

_____, ____/____/____.
Local e Data

Responsável pela Empresa

CRTR 19ª REGIÃO

CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA

Rua Michel Fokine (Ant. Rua 08), Nº 11, QD: Q, Conj. Shangrilar IV – Parque 10 de Novembro

CEP: 69054-739 Manaus / AM Fone: (92) 3308-6914 Site: Fax: (92) 3213-9583

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