



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA 9ª REGIÃO
Serviço Público Federal

Ilma. Presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 9ª Região GO / TO / AC / RO

A Empresa _____,
Inscrita no CNPJ nº _____, situado a
_____ a
seus responsáveis, de acordo com a Resolução CONTER nº 007/89 e da Lei nº 6.839/80,
requerer a vossa senhoria, sua inscrição no Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 9ª
Região.

() Registro de Empresa (serviço principal radiologia, prestador de
serviço em radiologia);

() Cadastro de Empresa (Hospitais e clínicas com multi-especialidades
e/ou empresas registradas no Conselho de Medicina)

Nestes termos pede-se o Deferimento.

Local e Data

Sup. Técnico - CRTR nº _____

Responsável pela Empresa/Carimbo



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA 9ª REGIÃO
Serviço Público Federal

SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO

REGISTRO **MATRIZ** **FILIAL**
 CADASTRO

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

Saúde () **Industrial** () **Prestador de Serviço** () **Veterinária** () **Outros** ()
)

Razão Social:

Nome Fantasia:

Endereço:

Município: **Cidade:** **UF:**

CEP: **Telefone:** ()

CNPJ:

E-MAIL:

Estabelecimento: () **Filial** () **Matriz**

Município: **Cidade:** **UF:**

CEP: **Telefone:** ()

CARACTERÍSTICA DO ESTABELECIMENTO

<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> FEDERAL	<input type="checkbox"/> S/ FINS. LUC.	<input type="checkbox"/> MUNICIPAL
<input type="checkbox"/> PÚBLICO	<input type="checkbox"/> FUNDAÇÃO	<input type="checkbox"/> C/ FINS. LUC.	<input type="checkbox"/> EMP. PÚBLICA
<input type="checkbox"/> INST. PODER PUB.	<input type="checkbox"/> MILITAR	<input type="checkbox"/> AUTARQUIA	<input type="checkbox"/> SINDICATO
<input type="checkbox"/> CÍVIL	<input type="checkbox"/> ESTADUAL	<input type="checkbox"/> COOPERATIVA	<input type="checkbox"/> OUTROS

OUTROS: _____

RECURSOS PARA REVELAÇÃO

NÚMERO DE:
 CÂMARA ESCURA
 CÂMARA CLARA

