

**COLOQUE A IDENTIFICAÇÃO VISUAL DA SUA EMPRESA OU
MUNICÍPIO/SECRETARIA AQUI**

ILUSTRÍSSIMA SENHORA DIRETORA PRESIDENTE DO CRTR9ª REGIÃO AC/GO/RO/TO,

(1) _____

(nome da empresa que o supervisor é empregado ou sócio)

Endereço: (2) _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (3) _____

CNPJ:(4) _____

Registrada/Cadastrada neste Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 9ª região sob o nº (5) _____, Requer o credenciamento de Supervisor das Aplicações Técnicas Radiológicas, conforme Resoluções CONTER em vigor, em específico a nº 11, de 11 de novembro de 2011, do profissional: (6)

(nome do Técnico / Tecnólogo)

CRTR nº (7) _____ E-Mail: _____

cuja relação empregatícia é de: (8)

() Funcionário Público.

() Funcionário CLT.

() Em caso de Prestador de Serviços, especifique:

(9) Nome da empresa: _____

(nome da empresa que o supervisor vai prestar o serviço, se for igual o item 1 pode ficar em branco)

Endereço: _____

CNPJ: _____

Nestes termos, pede Deferimento.

(10) _____, ____ de _____ de 2025.

(11) _____

Assinatura e carimbo do(a) Responsável legal da Pessoa Jurídica

(12) _____

Assinatura e carimbo do(a) Profissional indicado(a)

<< Seu endereço da empresa telefones e e-mails >>

COLOQUE A IDENTIFICAÇÃO VISUAL DA SUA EMPRESA OU MUNICIPIO/SECRETARIA AQUI

Procedimento para Preenchimento do Requerimento do SATR-Supervisor das Aplicações das Técnicas Radiológicas

A fim de facilitar o preenchimento pelo representante legal da Empresa, esclarecemos 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 Cadastro ou Registro de Pessoa Jurídica junto ao Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 9ª Região. Se não possui cadastro ou registro da empresa, o pedido poderá ser negado em análise do processo. Se certifique do cadastro de forma antecipada.

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

Campo nº 7: Número do Inscrição de Pessoa Física junto ao Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 9ª Região;

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

Campo nº 9: Dados do Estabelecimento (hospital, clinica, 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, para ser deliberado pela Diretoria Executiva do CRTR9ª região, deve o responsável pelo preenchimento cuidar para que

<< Seu endereço da empresa telefones e e-mails >>

COLOQUE A IDENTIFICAÇÃO VISUAL DA SUA EMPRESA OU MUNICÍPIO/SECRETARIA AQUI

as informações nele contidas se apresentem de forma LEGÍVEL, CLARA E INEQUÍVOCA;

2. É de suma importância que as informações fornecidas ocupem o respectivo espaço a elas destinado, para a correta interpretação dos dados.
3. O Requerimento deve ser feito em papel timbrado da empresa/prefeitura que indicará o SATR e ter firma das assinaturas reconhecidas ou serem assinada com .GOV. Deve enviar junto uma cópia da identidade profissional do indicado.
4. Após protocolo do pedido SATR, haverá a cobrança da Taxa do Requerimento e Expedição do Certificado de R\$ 59,23.
5. Em caso de protocolo físico pessoal ou à distância ou por terceiro: deve reconhecer firma de suas assinaturas e mandar junto sua Identidade Profissional Definitiva. Endereço para correspondência: Av. Oeste nº 83 Qd. 35A Lt. 31 - Setor Aeroporto - Goiânia-GO – CEP 74.075-110.
6. Em caso de protocolo eletrônico: preencher o requerimento e assinar com assinatura eletrônica .GOV (certificar que as assinaturas estão presentes no documento através do validador <https://validar.iti.gov.br/>) e enviar para atendimento@crtr9.org.br;

<< Seu endereço da empresa telefones e e-mails >>