



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA 14ª REGIÃO
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA			
REGISTRO PESSOA JURÍDICA		<input checked="" type="checkbox"/> Principal	
		<input type="checkbox"/> Filial/Secundária	
IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA			
<input checked="" type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Veterinária <input type="checkbox"/> Industrial		<input type="checkbox"/> Prestadora de Serviços <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Outros _____	
ENDEREÇO COMERCIAL			
Endereço			
Bairro	CEP	Cidade/UF	
Tel. Residencial	Tel. Celular	e-mail	
Inscrição CNPJ	Licença Func. SES		
Instrumento de Constituição Nº	Livro	Folha	Data
Estabelecimento:	<input checked="" type="checkbox"/> Único	<input type="checkbox"/> Filial	<input type="checkbox"/> Matriz
NOME DA ENTIDADE MANTENEDORA			
Entidade			
ENDEREÇO DA ENTIDADE MANTENEDORA			
Endereço			
Bairro	CEP	Cidade/UF	
Tel. Residencial	Tel. Celular	e-mail	
CARACTERÍSTICAS DO ESTABELECIMENTO			
<input checked="" type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Inst. De Poder Público <input type="checkbox"/> Civil	<input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Fundação <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Sem fins lucrativos <input type="checkbox"/> Com fins lucrativos <input type="checkbox"/> Autarquia <input type="checkbox"/> Cooperativa	<input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Emp. Pública <input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> Outros
O requerente fica ciente: 1) A concessão do registro dar-se-á somente após o deferimento do pedido em plenário, cujo prazo é de 45 dias úteis; 2) Se houver quaisquer irregularidades nos documentos apresentados pelo(a) solicitante, o registro será indeferido, sujeito a outras medidas jurídicas cabíveis; 3) O protocolo não é válido como habilitação profissional; 4) Após ser formalmente notificado(a) do deferimento do pedido de registro junto ao CRTR 14ª Região, o requerente fica ciente que independentemente de retirar ou não sua credencial, incorrerá a obrigação de pagar a anuidade e taxas correspondentes			

Em: ____/____/____.

Assinatura: _____





**CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA 14ª REGIÃO
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**

Termo de Compromisso

Comprometo-me através deste, apresentar os documentos originais quando solicitado, por ocasião do deferimento de meu requerimento. Caso não cumpra a exigência supra, fico ciente de que não poderei requerer o Registro Definitivo, solicitar ressarcimento dos valores pagos ou exercer a profissão, estando sujeito (a) às sanções cabíveis.

Assumo toda a responsabilidade, inclusive criminal, pelas declarações aqui firmadas e estou ciente que a partir do deferimento do pedido de Registro serão devidas as anuidades e taxas decorrentes.

Em: ____/____/____

Assinatura do(a) Solicitante

RECURSOS PARA REVELAÇÃO			
Numero de: (✓) Câmara Escura () Câmara Clara		Processamento: (✓) Manual () Automático	
FONTES E APARELHOS EMISSORES DE RADIAÇÃO			
Quantidade	Especificação	Potência	Tipo/Ano Fabricação
PROFISSIONAIS TÉCNICOS QUE PRESTAM SERVIÇO À INSTITUIÇÃO			
Razão Social:			
Supervisor Técnico			
Relação de Profissionais Técnicos, Técnicos e Auxiliares em Radiologia:			
Nome	Nº CRTR	Especialidade	OBS

