



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

**FICHA 03 VERSÃO 01 - SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO  
PROFISSIONAL**

**Senhor presidente do Conselho de Técnicos em Radiologia 19ª Região,**

Eu, \_\_\_\_\_

C.P.F Nº \_\_\_\_\_ R.G nº \_\_\_\_\_ Órgão Exped. \_\_\_\_\_

Telefone para contatos: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Residente na \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Registrado no CRTR 19ª Região sob o CRTR Nº \_\_\_\_\_.

( ) **Tecnólogo em Radiologia** ( ) **Técnico em Radiologia** ( ) **Auxiliar em Radiologia**

Venho requerer a V.Sª o **CANCELAMENTO DE MEU REGISTRO PROFISSIONAL** junto ao quadro de profissionais deste CRTR19ª Região, de acordo com a Resolução CONTER nº 14, de 22 de outubro de 2009, uma vez que NÃO me encontro exercendo as atividades profissionais.

Estou ciente de que responderei, na forma do art. 47 da Lei das Contravenções Penais e demais Resoluções do Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia sobre a matéria, caso volte ao exercício da atividade profissional acima citada sem dar ciência ao CRTR19ª Região, arcando inclusive com o pagamento de multa estabelecida em resolução específica.

( ) Devolução da credencial

( ) Boletim de ocorrência da perda da habilitação

Nesses termos, peço deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Cidade / UF Data

\_\_\_\_\_  
NOME DO PROFISSIONAL

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