



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA

19ª Região com Jurisdição nos estados de Amazonas e Roraima
Serviço Público Federal

Nº PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO
DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL

SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO (PREENCHER EM LETRA DE FORMA)				FOTO
() Tecnólogo em Radiologia () Técnico em Radiologia () Auxiliar em Radiologia				
DADOS PESSOAIS				
Nome				
Nome do Pai				
Nome da Mãe				
Estado Civil	Naturalidade (cidade e UF)	Doador de órgãos? () sim () não	Data de Nascimento / /	
ENDEREÇO RESIDENCIAL				
Endereço com nº de Residência:				
Bairro:	CEP:	Cidade/UF:		
Tel. Residencial ()	Tel. Celular ()	E-mail:		
DOCUMENTOS PESSOAIS				
CPF:	RG:	Órgão de emissão:	Certificado de Reservista:	
Título de Eleitor		Carteira de Trabalho		
DADOS DO CURSO				
Instituição de Ensino				
Nome do Curso (Dados no Diploma)				
Data da Diplomação / /	Registro (Dados no Diploma)	Livro (Dados no Diploma)	Folha (Dados no Diploma)	
Assinatura do Solicitante			Local e Data	

CRTR19 19ª REGIÃO - AM RR

O (A) PORTADOR(A) DESTA PROTOCOLO FICA CIENTE QUE:

1. A CONCESSÃO DO REGISTRO PROFISSIONAL DAR-SE-Á SOMENTE APÓS O DEFERIMENTO DO PEDIDO EM PLENÁRIO, CUJO O 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.

ASS. _____



CRTR19ª REGIÃO - AM RR

Nº PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO
DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL

RESPOSÁVEL

CRTR 19ª REGIÃO

Rua Nuclei Fokine (Ant. Rua 05), Nº 11, QD Q, Conj. Shangilar 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



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

Ilustríssimo(a) Presidente,

Eu _____, RG nº _____ - _____, venho requerer
minha inscrição profissional no CRTR 19ª Região na categoria de:

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

Para tanto junto os seguintes documentos, observando a posição de cópias frente e verso na frente do papel.

***RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS (EM CÓPIAS, PARA VERIFICAÇÃO COM OS ORIGINAIS).**

- (01) RG – Cédula de Identidade (CNH não serve como substituta para tal documento).
- (02) CPF – Cadastro de Pessoa Física.
- (03) Título de Eleitor.
- (04) Certificado de Reservista (somente para homens).
- (05) Certidão de nascimento ou casamento.
- (06) 3 (Três) Fotos Coloridas 3x4 (recentes e idênticas).
- (07) Comprovante de Residência Atualizado (telefone, loja, banco) com CEP no nome do inscrito ou de seus pais ou cônjuge, caso contrário o mesmo deverá fazer Declaração de Residência no Modelo CRTR para justificar o nome apresentado no comprovante).
- (08) Certificado de conclusão do Ensino Médio (2º Grau) (Somente para categoria de Técnico em Radiologia)
- (09) Histórico do Respetivo do Ensino Médio (2º Grau) (Somente para categoria de Técnico em Radiologia)
- (10) Diploma do Respetivo Curso em Radiologia (autorizado pelo CEE).
- (11) Histórico do Respetivo Curso de Radiologia (autorizado pelo CEE).
- (12) Declaração de Conclusão de Estágio (Carga Horária mínima: 400h (desde 11/11/2011, Emitido pela Instituição de Ensino estando assinada pelo Preceptor e o Diretor da Instituição.)

(13) Taxa de Inscrição R\$ 94,55, Segundo Resolução CONTER N° 13, DE 08 DE SETEMBRO DE 2021.

OBS: Em caso do interessado não possuir o Diploma do Curso em Radiologia, o mesmo deve solicitar uma CERTIDÃO DE CONCLUSÃO DE CURSO, na instituição, para justificar o Diploma do Curso. Segundo Resolução CONTER N.º 14, 27 DE DEZEMBRO DE 2017, Resolução CONTER N° 14, DE 28 DE JUNIO DE 2019 e Resolução CONTER N° 04, DE 20 DE MARÇO DE 2021.

Nestes Termos, Pede Deferimento,

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 às anuidades e taxas decorrentes.

Afirmo também estar ciente que só poderei agendar a entrega de minha habilitação profissional, após apresentar o boleto, referente à taxa de expedição de carteira, e anuidade / anuidade proporcional.

_____/_____/_____. Cidade
Dia Mês Ano

Assinatura do (a) Sr (a) Solicitante



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

TERMO DE INSCRIÇÃO

Eu, _____ portador (a) da cédula de identidade (RG) n° _____ e do CPF n° _____ através deste, fico ciente e assumo todas as responsabilidades abaixo descritas, cabíveis a mim, no ato de minha inscrição, junto a este Conselho:

- 1) Efetuar a inscrição junto a este conselho não autoriza exercer as funções de Radiologia. Tais funções poderão ser exercidas somente após o comunicado do deferimento e retirada da credencial; O processo de inscrição somente será analisado após apresentada toda a documentação exigida;
- 2) O prazo para análise é de 45 (quarenta e cinco) dias;
- 3) O inscrito será informado, via ofício, e-mail ou telefone, do resultado da análise do processo;
- 4) É de inteira responsabilidade de o inscrito buscar informações, sobre seu processo, após 45 (quarenta e cinco) dias da apresentação de toda documentação;
- 5) A partir do ato de solicitação de sua inscrição profissional será gerada a anuidade (integral ou proporcional) independente da retirada ou não de sua credencial;
- 6) A credencial será confeccionada somente mediante apresentação de comprovante de pagamento da mesma, e será entregue em outorgas realizadas mensalmente, onde será informado através de telefone e e-mail em que data a solenidade acontecerá, em caso de falta na outorga, o profissional deverá entrar em contato para reagendar e receber na próxima outorga.
- 7) A não retirada da credencial e não atuação na área de Radiologia, não isenta o pagamento da anuidade, conforme art. 5º da Lei 12.514 de 28 de outubro de 2011, sendo devida a cobrança de anuidades futuras cumuladas, enquanto seu registro permanecer ativo
- 8) Caso não esteja exercendo a profissão, por qualquer motivo, V.S.ª poderá solicitar seu afastamento perante o CRTR 19ª Região – AM, evitando a geração de anuidades posteriores, ficando sua habilitação profissional retida até a eventual reativação de sua inscrição, que poderá ser solicitada a qualquer momento;
- 9) A sua responsabilidade pelos débitos de anuidades somente cessarão após o seu pedido de afastamento, com a devida quitação das anuidades pendentes e devolução da credencial;
- 10) Manter endereço e telefone atualizados junto ao conselho, sendo que o mesmo não se responsabiliza pela não entrega das correspondências;
- 11) Importante lembrar que o fato de não pagar as anuidades vencidas integrais e/ou proporcionais dará ensejo à inscrição do débito em Dívida Ativa de cobrança judicial, via Ação de Execução Fiscal; Sendo assim, assino e me responsabilizo em cumprir todas as exigências apontadas nesse termo.

_____/_____/_____
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura do (a) Sr (a) Solicitante