

REQUERIMENTO DE REVISÃO DO REGISTRO

Ilma. Senhora,

TR. ELIZABETE JORGE DA MATA XAVIER

Presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 9ª Região

Goiânia-Goiás

Eu, _____, portador
da RG nº _____ Órgão Expedidor _____ e CPF nº
_____, Endereço Atual: _____

Cidade _____ Estado _____ CEP: _____

Telefone _____ E-mail: _____

_____ venho através deste, **REQUERER** junto a vossa
senhoria, **REVISÃO** de meu processo, visto que conclui o curso de
_____ em Radiologia ministrado pelo
_____.

Termos em que pede e espera deferimento.

Goiânia, _____ de _____ de _____.

Obs. O requerimento é com firma reconhecida da assinatura, encaminhar 03 fotos 3x4 recentes e colorida, cópia autenticada da Identidade Profissional Definitiva e comprovante de endereço e telefone para contato, e taxa de **R\$ 45,76 (Quarenta e Cinco Reais e Setenta e Seis Centavos)**.

Pode depositar em uma das contas citadas:

Caixa Econômica

Agência: 0012

Operação: 003

C/C nº 1867-8

Banco do Brasil

Agência: 0086-8

C/C nº 42.572-9

ou

Endereço para correspondência:

CRTR 9ª Região

Av. Oeste nº 83 Qd. 35A Lt. 31 - Setor Aeroporto - Goiânia-GO - CEP: 74.075-110