

# REQUERIMENTO DE REVISÃO DO REGISTRO

Ilma. Senhora,

**TR. ELIZABETE JORGE DA MATA XAVIER**

Presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 9ª Região de 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, comprovante de endereço e telefone para contato e cópia do pagamento do boleto da Taxa de Revisão no valor de **R\$ 47,28 (Quarenta e Sete Reais e Vinte e Oito Centavos)**.

**Endereço para correspondência:**

**CRTR 9ª Região**

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