

REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO DO REGISTRO

Ilma. Senhora,

TR. ELIZABETE JORGE DA MATA XAVIER

Presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 9ª Região AC / RO / TO / GO

Eu, _____,

CPF n° _____, residente a

CEP: _____ Cidade: _____ UF _____,

Telefones: _____

e-mail(obrigatório/letra legível): _____,

Venho através deste, REQUERER junto a vossa senhoria, a **REATIVAÇÃO DO MEU REGISTRO**, visto que retornarei às minhas atividades profissionais. **Termos em que se pede deferimento.**

_____, _____ de _____ de _____.

Cidade

e data

Assinatura

Orientações:

- Valor da Taxa de Reativação: R\$ 47,28. O boleto será enviado para o e-mail indicado no requerimento. Somente após o pagamento que o pedido será analisado. Caso possua outras dívidas, será informado pelo mesmo e-mail e deve negociar/quitar as pendências para obter o deferimento.
- Reconhecer firma da assinatura em cartório. Caso vá solicitar pessoalmente, não é necessário cumprir esta etapa.
- Enviar por Correios / Transportadora / Terceiro. Endereço para correspondência: Avenida Oeste n° 83 Qd. 35 A Lt. 31 - Setor Aeroporto - Goiânia-GO - CEP: 74.075-110.