

# REQUERIMENTO DE REVISÃO DE REGISTRO

Ilma. Senhora,

**TNR. DENISE RODRIGUES GALINARI SCARTEZINI**

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

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ e  
CPF nº \_\_\_\_\_, atualmente residindo no Endereço

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ venho através deste, **REQUERER** junto a vossa  
senhoria, **REVISÃO** de meu atual registro de \_\_\_\_\_ em Radiologia, visto que  
conclui o curso de \_\_\_\_\_ em Radiologia  
ministrado pela Instituição de Ensino devidamente credenciada pelo MEC:

Termos em que pede e espera deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.  
<< Local e data >>

\_\_\_\_\_  
<< Assinatura >>

1. Para protocolo à distância o requerimento deve ser encaminhado com firma reconhecida da assinatura, 03 fotos 3x4 recentes e coloridas, comprovante de endereço e ficha preenchida com letra legível.
2. Após protocolo o CRTR9 encaminhará a taxa de **R\$ 47,28 (quarenta e sete reais e vinte e oito centavos)** ao e-mail preenchido nesta ficha. Somente após o pagamento será possível analisar o pedido.
3. Todo pedido de revisão de registro deve acompanhar a documentação comprobatória do respectivo curso realizado, sendo diploma, histórico, comprovação de horas de estágio realizadas e Afins.

**Endereço para correspondência:**

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