

REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO DO REGISTRO

Ilma. Senhora,

TNR. DENISE RODRIGUES GALINARI SCARTEZINI

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

Eu, _____,

CPF nº _____, residente à _____

_____ CEP _____ Cidade: _____ UF _____,

Telefones: _____

e-mail: _____, 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 2025.

Cidade

e data

Assinatura

Orientações:

- Valor da Taxa de Reativação: R\$ 50,92. 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.
- **Em caso de protocolo físico pessoal ou à distância ou por terceiro:** deve reconhecer firma de sua assinatura e mandar junto sua Identidade Profissional Definitiva. Endereço para correspondência: Av. Oeste nº 83 Qd. 35A Lt. 31 - Setor Aeroporto - Goiânia-GO – CEP 74.075-110.
- **Em caso de protocolo eletrônico:** preencher o requerimento e assinar com assinatura eletrônica .GOV (certificar que a assinatura está presente no documento através do validador <https://validar.iti.gov.br/>) e enviar para atendimento@crtr9.org.br;