

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
concluí o curso de _____ em Radiologia
ministrado pela Instituição de Ensino devidamente credenciada pelo MEC:

Termos em que pede e espera deferimento.

_____, _____ de _____ de 2025.
<< Local e data >>

<< Assinatura >>

1. Para protocolo físico 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. Endereço para correspondência: Av. Oeste nº 83 Qd. 35A Lt. 31 - Setor Aeroporto - Goiânia-GO - CEP: 74.075-110.
2. Após protocolo, o CRTR9 encaminhará a taxa de R\$ 50,92 ao e-mail preenchido nesta ficha. Somente após o pagamento será possível analisar o pedido.
3. **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;
4. 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.