

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:** _____

Telefon: **030 20 00 00 00** E-mail: **info@...com**

_____ 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 2026.
 << 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\$ 53,52 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.