

## REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

ILMO.DIRETOR PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA DE MINAS GERAIS – 3ª REGIÃO

EU, \_\_\_\_\_, tendo pleno conhecimento das exigências contidas na resolução CONTER, considerando o disposto nas Leis nº 7.394 / 1985 e 10.508 / 2002 e Decreto 92.790 / 1986 que regulam entou a Profissão de Técnico em Radiologia, VENHO REQUERER minha inscrição no Conselho Regional de Técnicos em Radiologia / Minas Gerais - 3ª Região como \_\_\_\_\_ EM RADIOLOGIA.

### FILIAÇÃO

PAI - \_\_\_\_\_

MÃE - \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ESTADO CIVIL - \_\_\_\_\_

NATALIDADE - \_\_\_\_\_ UF - \_\_\_\_\_

GRAU DE INSTRUÇÃO - \_\_\_\_\_

ENDEREÇO – RUA / AV - \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

BAIRRO - \_\_\_\_\_ - CEP - \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ - UF - \_\_\_\_\_

TELEFONES P/CONTATO - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

CARTEIRA DE IDENT.Nº \_\_\_\_\_ DATA EXPEDIÇÃO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ORGÃO EXPEDIDOR \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

DOADOR DE ÓRGÃOS – SIM  NÃO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Cidade)

Assinatura do solicitante



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA**  
**CRTR 3ª REGIÃO**

**TERMO DE INSCRIÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de Identidade/RG n.º \_\_\_\_\_ e do CPF n.º \_\_\_\_\_, através deste, fico ciente das responsabilidades abaixo descritas, no ato de minha inscrição neste Conselho.

- 1- A apresentação dos documentos para a inscrição não autoriza o exercício das funções de Radiologia, as quais só poderão ser exercidas após o comunicado do deferimento do registro e a retirada da Credencial;
- 2- O processo de inscrição será analisado somente após a apresentação de todos os documentos exigidos, sendo o prazo para esta análise de até 45 (quarenta e cinco dias);
- 3- O inscrito será informado do resultado da análise do processo através de Ofício;
- 4- A partir do deferimento do pedido de inscrição será gerada a taxa da Credencial e os boletos da anuidade, cujo pagamento é pré-requisito para a retirada da Credencial;
- 5- A cópia autenticada do Diploma do Curso (devidamente assinado) deverá ser enviada ao Conselho até 180 (cento e oitenta dias), no máximo, após a retirada da Credencial Provisória, para a posse do registro e credencial definitivos;
- 6- É dever do profissional manter seu cadastro atualizado – endereço, telefones, estado civil, e-mail – garantindo a correspondência efetiva de quaisquer documentos ou informações que este Conselho julgue necessário divulgar;
- 7- A não retirada da Credencial e/ou a não atuação na área de Radiologia não isenta o profissional do pagamento da anuidade;
- 8- Somente após o pedido formal da Baixa do registro e do deferimento do mesmo, o profissional não será responsável pelas anuidades, ou seja, não há responsabilidade somente pelas anuidades referentes ao período em que o registro estiver legalmente baixado/inativo;
- 9- O não pagamento das anuidades é passível de inscrição em Dívida Ativa e posterior cobrança através de execução fiscal, e demais penalidades cabíveis;
- 10- Estou de acordo com o estabelecido na Resolução CONTER N.º 07, de 04 de outubro de 2013.

Sendo assim, compreendi e me responsabilizo em cumprir todas as exigências apontadas neste Termo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(cidade) (dia) (mes) (ano)

\_\_\_\_\_  
*(ASSINATURA)*