



Conselho Regional de Técnicos em Radiologia
Serviço Público Federal

CRTR-10ª REGIÃO

Folha Nº _____

Proc. Nº _____

ORIENTAÇÕES PARA AFASTAMENTO

1. **Enviar por CORREIO ou entregar PESSOALMENTE** os requerimentos abaixo devidamente preenchidos, datados e assinados e sua **Cédula de Identidade Profissional (CIP) original**,
2. **Agendar horário para a entrega pessoalmente.**

3. Informações Importantes:

a. É **obrigatória** a devolução da Cédula de Identidade Profissional (CIP), caso contrário o afastamento é indeferido. Caso **não** esteja mais de posse por perda ou outro motivo, deverá fazer um **boletim de ocorrência** e enviar junto com os requerimentos preenchidos e assinados;

b. Caso o Afastamento seja recebido no Conselho **até 10/março** a anuidade do ano corrente será isentada. Se passar da data acima, será cobrado um valor proporcional. Essa data é fixada em Resolução do CONTER e não há como perdoar pequenos atrasos. Entretanto, caso haja débitos anteriores estes deverão ser quitados, sob risco de cobrança judicial;

c. Caso deseje retornar ao exercício da profissão basta requerer a **REINTEGRAÇÃO** (requerimento no site).

CRTR 10ª Região - Paraná

Rua General Carneiro, 26 – Alto da Glória – Fone: (41) 3253-2120 – 80060-150 – Curitiba – Paraná

Site: www.crrpr.org.br

E-mail: crrpr@crrpr.org.br



Conselho Regional de Técnicos em Radiologia
Serviço Público Federal

CRTR-10ª REGIÃO

Folha Nº _____

Proc. Nº _____

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

Eu, _____

Abaixo assinado, por não mais exercer a Profissão de Técnico / Tecnólogo / Auxiliar em Radiologia, conforme documentação em anexo, venho requerer a V.S.a. o **AFASTAMENTO** desse Regional e conseqüente suspensão do pagamento de anuidade, em cumprimento da Resolução CONTER Nº 009 , de 31 de agosto de 2005 , publicada no D.O.U. nº 200, de 18/10/2005.

Motivo:

- Doença
 Aposentadoria
 Desempregado
 Outros: _____

Outrossim, declaro que não estou mais exercendo a profissão de Técnico / Tecnólogo / Auxiliar em Radiologia e caso venha exercê-la sob qualquer condição (empregado; funcionário público; autônomo ou sócio), deverei solicitar a **REINTEGRAÇÃO** da minha credencial neste Regional, ciente que voltarei a contribuir com o pagamento de anuidade e taxas vigentes.

Anexo:

- Cédula de identidade profissional original expedida pelo CRTR – 10ª Região
 Boletim de Ocorrência (extravio/roubo)

Nestes termos, pede deferimento.

CRTR-10ª REGIÃO – LEI 7.394/85

PROTOCOLO Nº _____

Curitiba, ____/____/____

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura

CRTR 10ª Região - Paraná

Rua General Carneiro, 26 – Alto da Glória – Fone: (41) 3253-2120 – 80060-150 – Curitiba – Paraná

Site: www.crrpr.org.br

E-mail: crrpr@crrpr.org.br



Conselho Regional de Técnicos em Radiologia
Serviço Público Federal

CRTR-10ª REGIÃO

Folha Nº _____

Proc. Nº _____

DADOS CADASTRAIS

Nome: _____

End. Res.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Celular (____) _____ Whatsapp: (____) _____

E-mail: _____

Identidade nº _____ Org. Exp.: _____ Data de Exp.: ____/____/____

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura

CRTR 10ª Região - Paraná

Rua General Carneiro, 26 – Alto da Glória – Fone: (41) 3253-2120 – 80060-150 – Curitiba – Paraná

Site: www.crrpr.org.br

E-mail: crrpr@crrpr.org.br