



## Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

CRTR – 10ª REGIÃO/PR  
Autarquia Federal

CRTR-10ª REGIÃO

Folha Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

### ORIENTAÇÕES PARA REINTEGRAÇÃO

1. Solicitar os boletos para recolhimento da taxa de reintegração de pessoa física, da taxa de expedição da habilitação e da anuidade (proporcional), pelo e-mail: [crtrpr@crtrpr.org.br](mailto:crtrpr@crtrpr.org.br), contendo os seguintes dados:
  - a. **NOME COMPLETO (LETRA MAIÚSCULA):**
  - b. **Endereço atual completo (rua, número, bairro, cidade , CEP)**
  - c. **CPF – Cadastro de Pessoa Física;**
  - d. **Categoria Profissional : Técnico ou Tecnólogo ?**
2. Envie os requerimentos abaixo preenchidos **COM LETRA MAIÚSCULA LEGÍVEL** e assinados

#### DOCUMENTOS :

- **cópia legível frente e verso do DIPLOMA DIGITALIZADOS (PDF)** para o email : [documentosrecepcao@crtrpr.org.br](mailto:documentosrecepcao@crtrpr.org.br)





## Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

CRTR – 10ª REGIÃO/PR  
Autarquia Federal

CRTR-10ª REGIÃO

Folha Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

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

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo assinado, venho requerer a V.S.a a **REINTEGRAÇÃO** no quadro de Técnico/Tecnólogos em Radiologia, por retornar ao exercício desta profissão, estando ciente que voltarei a contribuir com o pagamento de anuidade e taxas vigentes.

**Documentação:**

- cópia legível do Diploma do Curso (frente e verso)

CRTR-10ª REGIÃO – LEI 7.394/85

PROTOCOLO Nº \_\_\_\_\_

Curitiba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura



## Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

CRTR – 10ª REGIÃO/PR  
Autarquia Federal

CRTR-10ª REGIÃO

Folha Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

### TERMO DE REINTEGRAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador (a) do CPF nº \_\_\_\_\_. Através deste, fico ciente das responsabilidades, abaixo descritas, cabíveis a mim, no ato de minha Reintegração, junto a este conselho:

1. Efetuar a **Reintegração** junto a este conselho **NÃO autoriza exercer as funções de Radiologia**. Tais funções poderão ser exercidas somente após o deferimento e a retirada da credencial;
2. O processo **somente** será analisado após apresentada da documentação exigida;
3. **É de inteira responsabilidade do inscrito buscar informações**, sobre seu processo após a apresentação de toda documentação;
4. A **NÃO** retirada da credencial e não atuação na área de Radiologia, **NÃO isenta o pagamento da anuidade**;
5. A isenção da anuidade dar-se à, **somente**: após o pedido de **AFASTAMENTO** por escrito e assinado, pagamento das anuidades anteriores e devolução da credencial.
6. Manter endereço e telefone sempre atualizados junto ao conselho.
7. **Lembramos que o NÃO pagamento das anuidades é passível de execução fiscal, inscrição em Dívida Ativa e demais penalidades cabíveis.**

Sendo assim, assino e me responsabilizo em cumprir todas as exigências apontadas nesse termo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



# Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

CRTR – 10ª REGIÃO/PR  
Autarquia Federal

CRTR-10ª REGIÃO

Folha Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

## DADOS CADASTRAIS

Nome: \_\_\_\_\_

Filiação: Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Feminino  Masculino

Estado Civil:  Solteiro  Viúvo  Separado  Divorciado  Casado

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_

End. Res.: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Celular / WhatsApp: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Título de Eleitor nº \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_ Seção \_\_\_\_\_

Habilitação:  Plena (Tecnólogo)  Radiodiagnóstico (Técnico)

Grau de Instrução:  2º Grau Completo  3º Grau:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura