



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, 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





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