



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
CRTR-2ª REGIÃO – CEARÁ**

**DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DEFINITIVA TÉCNICO EM
RADIOLOGIA – RESOLUCAO CONTER N° 14 DE 27/12/2017- ART. 2º
Letras “B a L”**

- 1- Requerimento de Inscrição;
- 2- Termo de Inscrição;
- 3- Termo de Retirada Credencial
- 4- Diploma;
- 5- Histórico escolar com data completa(dia, mês e ano) da matricula no curso e o reconhecimento ou autorização expedido pelo CEE;
- 6- Comprovante de Conclusão de Estágio Supervisionado;
- 7- Relatório assinado pelo preceptor;
- 8- Termo de Convênio entre as instituições, cedente e concedente, nos termos da lei nº 11.788/2008;
- 9- Histórico Escolar do Ensino Médio(antigo 2º grau), acompanhado do certificado de conclusão devidamente registrado,(observando a impossibilidade de concomitância, nos termos da lei 7394/85 e dos Pareceres CNE/CEB nº 09/2001, nº 15/2001, nº 31/2003, ratificados pelo Parecer nº 06/2016 CNE/CEB);
- 10- Cédula Identidade (RG);
- 11- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- 12- Certificado de Reservista(para homens);
- 13- Comprovante de Endereço atualizado(com CEP);
- 14- Título de Eleitor;
- 15- 03 fotos 3x4 recentes e coloridas;
- 16- Certidão de Nascimento ou Casamento;

TODOS OS DOCUMENTOS DEVERÃO SER ENTREGUES:

PRESENCIAL: ORIGINAIS ACOMPANHADAS DAS CÓPIAS;

CORREIOS: ORIGINAIS ITENS 1,2,3,6,15 - CÓPIAS AUTENTICADAS EM CARTÓRIO DOS ITENS 4,5,8,9,13,16, CÓPIAS SIMPLES ITENS 7,10,11,12,14.

TAXAS E SERVIÇOS 2020 – RESOLUÇÃO N° 16 DE 08/08/2019

- 1- **TAXA INSCRIÇÃO – R\$ 94,55**
- 2- **APÓS DEFERIMENTO- TX CARTEIRA R\$ 37,21**
- 3- **ANUIDADE 2020 até 10/03/2019 R\$ 342,15 após 01/04/19 PROPORCIONAL AO PERÍODO DE INSCRIÇÃO. VALOR ORIGINAL R\$ 342,15 ESTE VALOR DIVIDIDO POR 12, MULTIPLICADO POR MESES CORRESPONDENTE AO PERÍODO DA INSCRIÇÃO. (ex. R\$ 342,15 /12= 28,51 ao mês, multiplica este valor pela quantidade de meses, ex: estou pedindo registro em Abril, então seria 9/12 avos de abril a dezembro R\$ 256,59.**

CONTATO : _____ **OPERADORA** **TIM** **OI** **CLARO** **VIVO** **DOADOR**
ORGÃO SIM() NÃO() NÃO INFORMADO() - TIPO SANGUÍNEO _____
RAÇA() PARDA () BRANCA () AMARELA () NEGRA - EMAIL: _____