



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

**DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DEFINITIVA TECNÓLOGO
EM RADIOLOGIA – RESOLUCAO CONTER Nº 14 DE 27/12/2017-
ART. 2º Letras “A” e “C 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 MEC;
- 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;

OBS: Os documentos entregue PRESENCIAL deverão ser apresentadas originais e cópias para autenticação das cópias no próprio Conselho, e os documentos enviados pelo correio deverão ser cópias autenticadas em cartório.

TAXAS E SERVIÇOS 2020 – RESOLUÇÃO Nº 16 DE 08/10/2019

- 1- TAXA INSCRIÇÃO – R\$ 94,55
- 2- APÓS DEFERIMENTO- TX CARTEIRA R\$ 37,21
- 3- ANUIDADE 2020 até 10/03/2020 R\$ 427,38, após 01/04/19 PROPORCIONAL AO PERIODO DE INSCRIÇÃO. VALOR ORIGINAL R\$ 427,38 ESTE VALOR DIVIDIDO POR 12, MULTIPLICADO POR MESES CORRESPONDENTE AO PERIODO DA INSCRIÇÃO. (ex. R\$ 427,38= 35,61 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\$ 320,49.

CONTATO : _____ OPERADORA _____ TIM _____ OI _____ CLARO _____ VIVO _____ DOADOR
ORGAO SIM() NÃO() NÃO INFORMADO() - TIPO SANGUINEO _____ - ESTADO CIVIL: _____
RAÇA () PARDA () BRANCA () AMARELA () NEGRA – EMAIL: _____