



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

**DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DEFINITIVA TÉCNICO EM RADIOLOGIA – RESOLUCAO CONTER Nº 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 Nº 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 PERIODO DE INSCRIÇÃO. VALOR ORIGINAL R\$ 342,15 ESTE VALOR DIVIDIDO POR 12, MULTIPLICADO POR MESES CORRESPONDENTE AO PERIODO 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: \_\_\_\_\_