



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

**DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO PROVISÓRIO TÉCNICO
EM RADIOLOGIA – RESOLUCAO CONTER Nº 14 DE 27/12/2017-
Art. 2º Letras “ C a L”, Art. 3º.**

- 1- Requerimento de Inscrição;
- 2- Termo de Inscrição;
- 3- Termo de Retirada Credencial
- 4- Declaração/atestado de conclusão do respectivo curso assinado pelo diretor ou secretário da instituição;
- 5- Histórico escolar assinado pelo diretor ou secretário da instituição;
- 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 1,2,3,4,5,6,15 - CÓPIAS AUTENTICADAS EM CARTÓRIO DOS ITENS 8,9,13,16, CÓPIAS SIMPLES ITENS 7,10,11,12,14.

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\$ 342,15, após 01/04/20 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
ORGAO SIM() NÃO() NÃO INFORMADO() - TIPO SANGUINEO _____ ESTADO CIVIL: _____
RAÇA () PARDA () BRANCA () AMARELA () NEGRA – EMAIL: _____