



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
18ª Região com Jurisdição nos estados de Rondônia e Acre
Serviço Público Federal

REGISTRO PROVISÓRIO E RENOVAÇÃO

Registro Provisório é destinado aos egressos dos cursos de formação de Tecnólogos e Técnicos em Radiologia ministrados por Instituições de ensino, de acordo com as determinações da **Lei Federal de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e da Lei Federal nº. 7.394/85**, que regula a profissão, terão direito ao registro profissional no **Sistema CONTER/CRTR's**.

Ele é concedido às pessoas que tenham concluído curso de Tecnólogo em Radiologia com Habilitação Plena, devidamente registrado no MEC, e ao Técnico em Radiologia com autorização expedido pelo CEE. As inscrições provisórias terão validade de 180 (cento e oitenta) dias, prorrogáveis por igual período, prazo em que o inscrito deverá apresentar o diploma ou certificado de conclusão do curso e requerer a inscrição DEFINITIVA, sob pena de cancelamento do registro;

Procedimento de Registro

- ✚ O registro profissional deverá ser requerido por escrito, junto ao CRTR 18ª Região, mediante solicitação de inscrição do interessado, acompanhada dos seguintes documentos, em vias originais e em cópias para autenticação no Regional.
- ✚ Entregue presencialmente os formulários de Requerimento já datados e assinados, junto com os documentos para o Registro, na sede do CRTR 18ª Região, em Porto Velho/RO, ou envie por Correios para o endereço localizado **na Rua Dom Pedro II, nº. 637 – sala 1010, Centro Empresarial de Porto Velho Município de Porto Velho/RO. CEP: 76.801-910.**

Documentos necessários

- ✚ **Requerimento de Inscrição** preenchido e assinado conforme documento de identificação e sem rasuras, segundo **art. 2º e 3º da Resolução CONTER nº. 14/2019.**
- a) Para **Tecnólogo em Radiologia**: **diploma** ou **certificado de conclusão de curso**, **histórico escolar** com a data completa (dia, mês e ano) da matrícula no curso e o **reconhecimento ou autorização expedido pelo MEC**;
- b) Para **Técnico em Radiologia**: **diploma** ou **certificado de conclusão de curso**, **histórico escolar** com a data completa (dia, mês e ano) da matrícula no curso e **Portaria-de autorização expedida pelo CEE**;



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
18ª Região com Jurisdição nos estados de Rondônia e Acre
Serviço Público Federal

- c) **Comprovante de conclusão de estágio supervisionado**, relatório assinado pelo preceptor, nos termos da Lei nº 11.788/2008;
- d) **Histórico escolar do Ensino Médio** (antigo 2º Grau) acompanhado do certificado de conclusão; “**exceto para Tecnólogo em Radiologia**”.
- e) Cédula de identidade (RG);
- f) **Cadastro de Pessoa Física** (CPF);
- g) **Certificado de reservista** (para homens, até 45 anos);
- h) **Comprovante de endereço atualizado** (com CEP);
- i) **2 (duas) fotos 3x4, coloridas e recentes**;

Prazo

O prazo para processamento do pedido de inscrição não poderá exceder a **45 (quarenta e cinco) dias**, podendo ser por ato da Diretoria Executiva “**ad referendum**” do plenário do CRTR 18ª Região, conforme preceitua o **art.4 da Resolução CONTER nº. 14 de 27 dezembro de 2017**.

Valores referentes ao exercício de 2019

Os egressos dos cursos de formação de Tecnólogos e Técnicos em Radiologia pagam pela **inscrição** (R\$ 91,52) e confecção da **Cédula de Identidade Profissional** (R\$ 36,02), conforme **art. 15 da Resolução CONTER nº. 011 de, 17 de outubro de 2018**.

Para outros, as taxas são compostas por valor de pela **inscrição** (R\$ 91,52) e confecção da **Cédula de Identidade Profissional** (R\$ 36,02) e anuidade proporcional de Tecnólogo em Radiologia (valor total anual R\$ 413,27) e Técnico em Radiologia (valor total anual R\$ 331,17), conforme **artigos 2º e 3º da Resolução CONTER nº. 011 de, 17 de outubro de 2018**.

Atenção: Os documentos solicitados devem ser autenticados em cartório caso seja enviados pelos Correios e, sob pena de devolução para sanar a falta de autenticação. Para entregas presenciais, os documentos podem ser levados em cópia simples junto com os originais, para que a autenticidade seja conferida no CRTR 18ª Região.

A retirada da Credencial é feita através de **Solenidade de Credenciamento**, preparada e marcada pelo Conselho. Estão dispensados de participarem da Solenidade os profissionais que irão retirar a 2ª via de credencial, os que vieram de transferência ou inscrição secundária e os profissionais que mudaram de categoria.

Ciente: _____/_____/_____

Assinatura: _____



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
18ª Região com Jurisdição nos estados de Rondônia e Acre
Serviço Público Federal

A sua Senhoria o Senhor
Diretor Presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 18ª Região

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PESSOA FÍSICA

Eu, _____, CPF _____ residente
na _____ nº _____ Bl. _____ Apto _____
Bairro: _____ Município _____ UF _____ CEP _____,
requer a “**inscrição do Registro Profissional**” neste Regional, na condição de () Tecnólogo(a)
em Radiologia, () Técnico(a) em Radiologia ou () Auxiliar em Radiologia, com habilitação
em _____.

Comprometo-me apresentar todos os documentos originais solicitados no ato da inscrição, e na oportunidade do deferimento do registro, retirar a **Cédula de Identidade Profissional** dentro do prazo estabelecido.

Declaro plena ciência que o descumprimento das exigências supracitadas estarei impossibilitado(a) de receber o registro profissional, e legalmente exercer a profissão, estando sujeito(a) ao pagamento de multa e demais sanções previstas na lei e normas da entidade.

Declaro ainda que **não realizei requerimento de inscrição e também não possuo** registro profissional em qualquer Estado da Federação, e ter ciência das responsabilidades civis, por declarações falsas, e apresentação de documentos adulterados.

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

Porto Velho, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Interessado(a)



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
18ª Região com Jurisdição nos estados de Rondônia e Acre
Serviço Público Federal

FICHA DE INSCRIÇÃO Nº...../...../.....

Interessado(a):

E-mail Doador de órgãos () Sim () Não

Pai.....

Mãe:.....

Data Nasc.:...../...../..... Natural:.....UF:Tel. Res.:()

Tel. Celular:().....Tel. recado:().....

End. Res.:..... nº.....Bl.:Apto.:

Bairro: Município:.....UF:CEP:-

Cart. Ident. nº..... Órgão Emissor:UF :..... Data Expedição:...../...../.....

CPF/CIC:Cart. Prof. Trab. nº Série:.....

Título de Eleitor nº.....Zona:.....Seção:.....emissão:.....

Cidade:.....Estado:.....

Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Separado(a) () Desquitado(a) () Outros

Grau de Escolaridade: () 1º Grau () 2º Grau () Superior

Curso Profissionalizante de:

Habilitação:.....

Escola

Início da Atividade Profissional:...../...../..... Habilitação:.....

Nome da Empresa:

Local Trabalho 01:

Site E-mail

End.: nº..... Tel.()

Bairro: Município:.....UF:CEP:-

Horário Trabalho:..... () Matutino () Vespertino () Noturno

Local Trabalho 02:

Site E-mail

End.: nº..... Tel.()

Bairro: Município:.....UF:CEP:-

Horário Trabalho:..... () Matutino () Vespertino () Noturno

Porto Velho, _____ de _____ de _____

Assinatura do (a) interessado (a)