



CRTR 17ª REGIÃO

Fls. _____

Proc. _____

CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA 17ª REGIÃO

Serviço Público Federal

PROCEDIMENTO PARA CANCELAMENTO DE REGISTRO

Conforme Resolução CONTER nº 14, de 22 de outubro de 2009, a sequência do cancelamento de registro se dará no mesmo processo da inscrição e deverá conter:

- Ficha de requerimento
- Devolução da credencial

OBS: Para cancelamento de Registro por motivo de **APOSENTADORIA**, o profissional deverá apresentar o comprovante de publicação do benefício no Diário Oficial da União, Estadual ou Municipal, se for funcionário Público, ou comprovante de concessão de aposentadoria expedida pelo INSS acompanhado da baixa em sua CTPS.

Sr. Presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 17ª Região,

Eu: _____
CPF nº: _____ **RG:** _____ **Órgão Expedidor:** _____ / _____
ENDEREÇO: _____
CIDADE: _____ **BAIRRO:** _____ **U.F:** _____
CEP: _____
Registrado nesse Conselho sob o CRTR nº: _____
WhatsApp: () _____
E-mail: _____

Venho requerer a V.S.^a o **CANCELAMENTO DE MEU REGISTRO PROFISSIONAL** junto ao quadro de profissionais deste CRTR 17ª Região, de acordo com a Resolução CONTER nº 14, de 22 de outubro de 2.009, uma vez que **NÃO** me encontro exercendo as atividades profissionais de:

- () Tecnólogo em Radiologia
- () Técnico em Radiologia
- () Auxiliar em Radiologia

Outros sins, estou ciente de que responderei, na forma do art. 47 da Lei das Contravenções Penais e demais Resoluções do Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia sobre a matéria, caso volte ao exercício da atividade profissional acima citada sem dar ciência ao CRTR 17ª Região, arcando inclusive com o pagamento de multa estabelecida em resolução específica.

Devolução da credencial: **Sim ()** **Não ()** Motivo: _____
Outros (Especificar): _____
CIDADE: _____
DATA: _____ / _____ / 2026.

Assinatura do Requerente