



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA  
Serviço Público Federal (Art. 12 do Dec. N.º 92.790/86)  
CRTR-8ª REGIÃO (AL, BA e SE)

CRTR- 8ª REGIÃO

FOLHA N.º \_\_\_\_\_

PROC. N.º \_\_\_\_\_

**Solicitação de Inscrição Profissional:**

- Tecnólogo em Radiologia (Nível Superior)
- Técnico em Radiologia
- Auxiliar em Radiologia
- Técnico em Radiografia Industrial
- Operador I de Radiografia Industrial
- Operador II de Radiografia Industrial

**Outras solicitações juntos ao CRTR – 8.ª Região –BA:**

Inscrição Secundária

Transferência

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Filiação: Pai \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

R. G n.º: \_\_\_\_\_ C. P. F: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Telefone Fixo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefone Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Outros Telefones: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Grau de Instrução:**

- 2.º Grau (Ensino Médio)
- Superior

Instituição de Ensino que fez o curso (Faculdade, Colégio, Escola, Outros): \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Ano de Formação: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) solicitante

CRTR – 8.ª Região - BA

Rua Chile, n.º 05 Ed. Antônio Ferreira, salas 406 a 410 – Centro CEP: 40.020.000 Tel. (71) 3243-5412 / 3322-4802  
e-mail: [diretoria@crtro8.org.br](mailto:diretoria@crtro8.org.br) Site: [www.crtro8.org.br](http://www.crtro8.org.br)



## TERMO DE INSCRIÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade (RG) N° \_\_\_\_\_ e do CPF N° \_\_\_\_\_, por meio deste, DECLARO ciência das responsabilidades abaixo descritas, cabíveis a mim no ato de minha inscrição junto a este Conselho Regional de Técnicos em Radiologia:

- O Processo de Inscrição somente será analisado após apresentada toda a documentação exigida;
- O prazo para análise é de 45 (quarenta e cinco) dias, a partir do pedido;
- **O INSCRITO SERÁ INFORMADO, VIA OFÍCIO OU E-MAIL, DO RESULTADO DA ANÁLISE DO PROCESSO;**
- É de inteira responsabilidade do inscrito buscar informações sobre o andamento de seu processo, passados os 45 (quarenta e cinco) dias da apresentação da documentação;
- A partir do DEFERIMENTO do seu pedido, será gerada a anuidade, sendo este um requisito para a retirada da credencial;
- **A NÃO RETIRADA DA CREDENCIAL E A NÃO ATUAÇÃO NA ÁREA DA RADIOLOGIA NÃO ISENTA DO PAGAMENTO DA ANUIDADE;**
- A isenção da anuidade dar-se-á somente após o pedido de afastamento por meio escrito e assinado, quitação das anuidades anteriores à data do pedido e a devolução da credencial, quando retirada;
- Manter endereço e telefone atualizados junto ao Conselho. O Órgão não se responsabiliza pela não entrega de correspondência por endereços desatualizados;
- Lembramos que o não pagamento da anuidade é passível de execução fiscal, inscrição na Dívida Ativa da União e demais penalidades cabíveis.

Efetuar a inscrição junto a este Conselho Regional **NÃO AUTORIZA EXERCER AS FUNÇÕES NA ÁREA DA RADIOLOGIA**. Tais funções poderão ser exercidas somente após o comunicado do deferimento e a retirada da credencial.

Assino e me responsabilizo por cumprir todas as exigências apontadas neste Termo.

Salvador, BA, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional