



Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

Serviço Público Federal

ORIENTAÇÕES PARA INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA

1. Solicitar os boletos para recolhimento da taxa de inscrição de pessoa física, da taxa de expedição da habilitação e da anuidade (proporcional), pelo e-mail: documentosrecepcao@ctrpr.org.br, contendo os seguintes dados:
 - a. Nome completo. (Igual da Identidade – RG);
 - b. Endereço completo (rua, número, bairro, cidade e CEP)
 - c. CPF – Cadastro de Pessoa Física;
 - d. Categoria Profissional: Auxiliar em Radiologia.
 - e. Data para pagamento do boleto dentro do mês solicitado;
2. Entrar em contato agendando horário presencial para entrega dos documentos.

OBS: Caso compareça pessoalmente deverá levar cópias simples junto com os originais.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DE AUXILIAR EM RADIOLOGIA

- 2 fotos iguais coloridas 3x4 para documento;
- Original e Cópia da cédula de Identidade (RG);
- Original e Cópia da cédula do CPF;
- Original e Cópia do Título de Eleitor;
- Original e Cópia do Certificado de Reservista ou alistamento (para homens);
- Original e Cópia da Certidão de Nascimento;
- Original e Cópia da Certidão de Casamento;
- Original e Cópia do Histórico Escolar ou Certificado de Conclusão do Ensino Médio (2º Grau);
- Original e Certificado de Conclusão de Curso de Auxiliar de Radiologia original, nos termos da Lei Nº 7.394/85 e Nº 10.508/02. (obs.: todos os certificados existentes de acordo com a autorização da Secretaria de Educação ou MEC);
- Original e Cópia do Histórico Escolar do Curso de Auxiliar em Radiologia, nos termos da Lei 7.394/85 e Nº 10.508/02;
- Comprovante de Estágio (papel timbrado da Escola) assinado pelo Supervisor (Professor) em Radiologia original, nos termos da Lei Nº 7.394/85 e Nº 10.508/02.
- Cópia do Documento comprobatório do registro do funcionamento do curso de Auxiliar em Radiologia, no Conselho Estadual de Educação, no Núcleo Educacional ou na Secretaria de Educação;
- Declaração da Empresa e do Técnico Instrutor (do estágio), (modelo nº 1 em anexo);
- Cópia da 1ª página com foto e qualificação civil da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- Ficha de Cadastro preenchida (em anexo);
- Original e Cópia do Comprovante de Residência (EX: Conta de Luz, Telefone e outro desde que contenha CEP);
- Comprovante de pagamento da taxa de inscrição, da taxa de expedição de habilitação e da anuidade (proporcional).

CRTR 10ª Região - Paraná

Rua General Carneiro, 26 – Alto da Glória – Fone: (41) 3253-2120 – 80060-150 – Curitiba – Paraná

Site: www.ctrpr.org.br

E-mail: ctrpr@ctrpr.org.br



Conselho Regional de Técnicos em Radiologia Serviço Público Federal

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

Eu, _____, brasileiro(a), RG _____, CPF _____, tendo pleno conhecimento das exigências contidas na Lei nº 7.394, de 29/10/85, regulamentada pelo Decreto nº 92.790, de 17/06/86, que regulamentou a profissão de Técnico em Radiologia e Auxiliar de Câmara Clara e Escura, venho requerer a V.S.a, meu registro profissional nesse Conselho para atuar como **Auxiliar de Câmara Clara e Escura**, para o qual apresento os seguintes documentos:

- 03 Fotos iguais coloridas 3x4;
- Cópia da Cédula de Identidade (RG);
- Cópia do CPF;
- Cópia do Título de Eleitor;
- Cópia da Certidão de Casamento (para mulheres);
- Cópia do Certificado de Dispensa de Incorporação (para homens);
- Cópia da 1ª página com foto e qualificação civil da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- Cópia do Histórico de Conclusão do 2º Grau;
- Ficha de Inscrição fornecida pelo CRTR-10R.
- Termo de Inscrição fornecido pelo CRTR-10R.
- Cópia do Histórico Escolar do Curso de Auxiliar em Radiologia Médica;
- Declaração referente à conclusão do Curso de Auxiliar em Radiologia Médica;
- Declaração referente a estágio Supervisionado do Curso de Auxiliar em Radiologia Médica;
- Resolução da Secretaria de Estado de Educação;
- Declaração da Empresa e do Técnico Instrutor (Estágio);
- Cópia do Diploma de Conclusão de Curso de Auxiliar em Radiologia, nos termos da Lei 7.394/85;
- Cópia do Comprovante de Residência;
- Cópia do Comprovante de pagamento da taxa de inscrição;
- Cópia do Comprovante de pagamento da taxa de expedição da habilitação;
- Cópia do comprovante de pagamento da anuidade (proporcional).
- Outros documentos enviados: _____

ESTOU CIENTE DE QUE SERÁ EFETUADO O PROCESSAMENTO REGULAR DA PRESENTE, EM CONFORMIDADE A LEGISLAÇÃO VIGENTE, SENDO QUE SÓ ESTAREI AUTORIZADO A EXERCER MINHAS ATIVIDADES, NESTA JURISDIÇÃO, APÓS RECEBER A CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL.

Nestes termos, pede deferimento.

Curitiba, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Profissional

CRTR 10ª Região - Paraná

Rua General Carneiro, 26 – Alto da Glória – Fone: (41) 3253-2120 – 80060-150 – Curitiba – Paraná

Site: www.crrtrpr.org.br

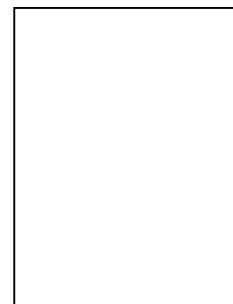
E-mail: crrtrpr@crrtrpr.org.br



Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

Serviço Público Federal

FICHA DE DADOS PARA INSCRIÇÃO



Nome: _____

Filiação: Pai: _____

Mãe: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: Feminino Masculino

Estado Civil: Solteiro Viúvo Separado Divorciado Casado

Nacionalidade: _____ Natural de: _____

Nome Cônjuge: _____

End. Res.: _____ nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

E-mail: _____

Identidade nº _____ Org. Exp.: _____ Data de Exp.: ____/____/____

Cart. Prof. MTPS. nº _____ Série: _____ CPF: _____

Título de Eleitor nº _____ Zona _____ Seção _____

Habilitação: Auxiliar Plena Radiodiagnóstico Radioterapia
 Radiologia Industrial Medicina Nuclear

Grau de Instrução: 2º Grau Completo 3º Grau: Completo
 Incompleto

Doador de Órgãos e Tecidos? Doador Não Doador

Curitiba, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Profissional

CRTR 10ª Região - Paraná

Rua General Carneiro, 26 – Alto da Glória – Fone: (41) 3253-2120 – 80060-150 – Curitiba – Paraná

Site: www.crrtr.org.br

E-mail: crrtrpr@crrtrpr.org.br



Conselho Regional de Técnicos em Radiologia Serviço Público Federal

TERMO DE INSCRIÇÃO

Eu, _____, portador (a) da cédula de identidade (RG) nº _____ e do CPF nº _____. Através deste, fico ciente das responsabilidades, abaixo descritas, cabíveis a mim, no ato de minha inscrição, junto a este conselho:

1. Efetuar a inscrição junto a este conselho não autoriza exercer as funções de Radiologia. Tais funções poderão ser exercidas somente após o comunicado do deferimento e retirada da credencial;
2. O processo de Inscrição somente será analisado após apresentada toda a documentação exigida;
3. O prazo para análise é de 45 (quarenta e cinco) dias;
4. O inscrito será informado, via ofício, do resultado da análise do processo;
5. É de inteira responsabilidade do inscrito buscar informações, sobre seu processo, após 45 (quarenta e cinco) dias da apresentação de toda documentação;
6. A partir do ato de solicitação de sua inscrição profissional será gerada a anuidade (integral ou proporcional), independente da retirada ou não de sua credencial;
7. A não retirada da credencial e não atuação na área de Radiologia, não isenta o pagamento da anuidade, conforme art. 5º da Lei 12.514 de 28 de outubro de 2011, sendo devida a cobrança de anuidades futuras cumuladas, enquanto seu registro permanecer ativo.
8. Caso não esteja exercendo a profissão, por qualquer motivo, V.S.^a poderá solicitar seu afastamento perante o CRTR 10ª Região – PR, evitando a geração de anuidades posteriores, ficando sua habilitação profissional retida até a eventual reativação de sua inscrição, que poderá ser solicitada a qualquer momento;
9. A sua responsabilidade pelos débitos de anuidades somente cessarão após o seu pedido de afastamento, com a devida quitação das anuidades pendentes e devolução da credencial.
10. Manter endereço e telefone sempre atualizados junto ao conselho, sendo que o mesmo não se responsabiliza pela não entrega das correspondências;
11. Importante lembrar que o fato de não pagar as anuidades vencidas integrais e/ou proporcionais dará ensejo à inscrição do débito em Dívida Ativa, passível de cobrança judicial, via Ação de Execução Fiscal.

Sendo assim, assino e me responsabilizo em cumprir todas as exigências apontadas nesse termo.

Curitiba, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Profissional

CRTR 10ª Região - Paraná

Rua General Carneiro, 26 – Alto da Glória – Fone: (41) 3253-2120 – 80060-150 – Curitiba – Paraná

Site: www.crrpr.org.br

E-mail: crrpr@crrpr.org.br



Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

Serviço Público Federal

Declaração da Empresa e do Técnico Instrutor

(Papel Timbrado da Empresa)

Nome da Instituição onde o estágio foi realizado:

Endereço:

CNPJ e/ou Autorização de Funcionamento:

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que _____, portador do RG _____, estagiou neste estabelecimento no período de ___/___/___ a ___/___/___ exercendo atividades de estagiário como Auxiliar em Radiologia, (Conforme as Resoluções **CONTER Nº 06, de 26 de abril de 2010** e **Nº 10, de 11 de novembro de 2011** que regulam e disciplinam o Estágio Curricular Supervisionado na Área das Técnicas Radiológicas, sendo acompanhado e supervisionado por mim (nome do Técnico registro no CRTR-PR), cumprindo a carga horária de _____ horas.

Por ser verdade firmo a presente e dou fé.

Curitiba, ____ de _____ de _____

Nome e Registro do Técnico Instrutor **

Responsável pela empresa **

Obs: não é válido o preenchimento.

CRTR 10ª Região - Paraná

Rua General Carneiro, 26 – Alto da Glória – Fone: (41) 3253-2120 – 80060-150 – Curitiba – Paraná

Site: www.crrpr.org.br

E-mail: crrpr@crrpr.org.br



Conselho Regional de Técnicos em Radiologia
Serviço Público Federal
DECLARAÇÃO

Eu, _____,
declaro para os devidos fins, que de acordo com a Lei Nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997 e Resolução CONTER Nº 003, de 26/03/98, autorizo ao Conselho Regional de Técnicos em Radiologia da Décima Região a gravar na minha Carteira de Habilitação Profissional a expressão:

- Doador de Órgãos e Tecidos
- Não Doador de Órgãos e Tecidos

Curitiba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Profissional