



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA  
CRTR 3.<sup>a</sup> REGIÃO

**TERMO DE COMPROMISSO/RECEBIMENTO DE CREDENCIAL**

Eu \_\_\_\_\_

Identidade n.º \_\_\_\_\_, CPF N.º \_\_\_\_\_,

Inscrito(a) neste Conselho sob o CRTR N.º \_\_\_\_\_, solicito que seja enviada

minha **CREDENCIAL PROFISSIONAL** de: ( ) Tecnólogo em Radiologia

( ) Técnico em Radiologia

( ) Auxiliar em Radiologia

( ) Estagiário;

via **CORREIOS**, através de: **AR** – Valor: R\$14,00 (quatorze reais)

Prazo de Entrega de 03 a 05 dias úteis.

Através deste documento assumo a responsabilidade pelo recebimento da mesma e também do pagamento antecipado das despesas postais, cujo valor deverá ser depositado no Banco do Brasil – Conta corrente 154.116-1 – Ag. 1615-2.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ASSINATURA RECONHECIDA EM CARTÓRIO)