



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
CRTR 3.ª REGIÃO

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA
RENOVAÇÃO DE HABILITAÇÃO

ITEM	DOCUMENTO	SIM	NÃO
01	REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO PREENCHIDO E ASSINADO (<i>ORIGINAL</i>)		
02	RECIBO DE RECOLHIMENTO DA TAXA DE HABILITAÇÃO (<i>ORIGINAL</i>) R\$ 350,00 BANCO do BRASIL Agência 1615-2 c/c 154116-1		
03	COMPROVANTE DE ENDEREÇO ATUALIZADO (<i>ORIGINAL OU CÓPIA AUTENTICADA</i>)		

RUA RIO DE JANEIRO, 282/ 8º ANDAR – CENTRO
CEP: 30.160-040 - BELO HORIZONTE – MG – Tel. (31)3201-8385
HP: www.crtrmg.org.br / E-mail: crtrmg@crtrmg.org.br

REQUERIMENTO DE RENOVACÃO DE HABILITAÇÃO

Ilmo. Sr. Diretor Presidente do Conselho Regional de Técnicos e Tecnólogos em Radiologia de Minas Gerais – 3ª Região

Eu, _____, tendo pleno conhecimento das exigências contidas na PORTARIA CRTR3 n.º 0007/2020, considerando os dispostos, RDC n.º 611/2022, bem como o disposto nas Leis n.º 7.394/1985, 12.514/2011, Decreto-Lei n.º 92.790/1986, Resolução CONTER N.º 02/2012, Resolução CONTER N.º 10/2015, Resolução da SES/MG n.º 6.234/2018, Resolução CONAMA N.º 358/2005 – artigo 5.º e Resolução RDC n.º 306/2004 – capítulo IV 2.2., **VENHO REQUERER RENOVACÃO** de minha **HABILITAÇÃO** no Conselho Regional dos Técnicos e Tecnólogos em Radiologia de Minas Gerais – 3ª Região como:

- ☐ Habilitado em Radiologia (equipamentos emissores de radiação ionizante);
☐ Habilitado em Ressonância Magnética;
☐ Habilitado em Ultrassonografia.

Informações Pessoais:

RG n.º - _____ Data de Expedição ____/____/_____
Órgão Expedidor - _____ CPF N.º _____
Data de Nascimento - ____/____/____ - Naturalidade - _____ UF - _____
Grau de Instrução - _____

Endereço:

Rua/Av - _____ N.º _____
Bairro - _____ - CEP N.º _____
Telefone para Contato - _____
E-mail - _____

(ASSINATURA RECONHECIDA EM CARTÓRIO)

RUA RIO DE JANEIRO, 282/ 8º ANDAR – CENTRO
CEP: 30.160-040 - BELO HORIZONTE – MG – Tel. (31)3201-8385
HP: www.crtrmg.org.br / E-mail: crtrmg@crtrmg.org.br