



Fls. \_\_\_\_\_

Proc. \_\_\_\_\_

CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA - 5ª REGIÃO - SÃO PAULO  
Serviço Público Federal

---

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

---

EU, \_\_\_\_\_,  
R.G. Nº \_\_\_\_\_, C.P.F. Nº \_\_\_\_\_,  
INFORMO QUE **NÃO DEVOLVI** A CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL  
CRTR Nº \_\_\_\_\_, POR MOTIVO DE PERDA E/OU ROUBO. ESTOU  
CIENTE DE QUE SEREI RESPONSABILIZADO(A) POR QUAISQUER  
PROBLEMAS DECORRENTES DO USO INDEVIDO DESSE DOCUMENTO.

POR SER VERDADE, FIRMO O PRESENTE.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.  
CIDADE DIA MÊS ANO



---

ASSINATURA DO(A) REQUERENTE