



## REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE INSCRIÇÃO PARA OUTRO REGIONAL

Ilmo(a) Sr(a)  
 Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso – CRF-MT

### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS

Profissional: \_\_\_\_\_ Inscrição CRF-MT n.º: \_\_\_\_\_  
 Eu, \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ Órgão Exp.: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Data Exp.: / / CPF: . . -  
 Fone Res.: ( ) - Fone Cel.: ( ) - Data Nascimento: / /  
 Endereço: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_ Compl.: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: - Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_ OBS: \_\_\_\_\_

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

### TRANSFERÊNCIA DO CRF-MT PARA O

### DECLARAÇÃO

I. Declaro estar ciente que caso exista débitos em meu nome, junto ao CRF-MT, isso implicará no impedimento de expedição de “CERTIDÃO DE TRANSFERÊNCIA”.

II. Declaro que efetivarei a minha inscrição no \_\_\_\_\_ no prazo de 60 (sessenta) dias corridos, após expedição da certidão de transferência e se vencido o prazo, a certidão deverá obrigatoriamente ser devolvida ao CRF-MT, e minha inscrição ficará ativa junto ao CRF-MT, e incidindo cobrança de anuidades e demais obrigações legais, conforme a resolução nº 638 Capítulo III, Seção VI - Da Transferência de 24/03/2017 do CFF.

Neste termos pede deferimento.

Data, / / .

\_\_\_\_\_

PARA USO EXCLUSIVO DO CRF-MT

### SITUAÇÃO ATUAL

DEVOLUÇÃO	CORE	FINANCEIRO	PROTOCOLO
Cedula Profissional <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  _____ Func. Responsável	Possui RT _____ PDE _____ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  _____ às ____:____ Func. Responsável	Anuidade <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Multa Eleit. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  _____ Func. Responsável	Atendimento: _____ Total de Pag.(s): _____ _____, às ____:____ Func. Responsável