

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 14/2024 CFF, Seção VI - Da Transferência

Neste termos pede deferimento.

Data, / / .

PARA USO EXCLUSIVO DO CRF-MT**SITUAÇÃO ATUAL****DEVOLUÇÃO**Cedula Profissional
[] SIM [] NÃO

Possui RT

[] SIM [] NÃO

CORE

PDE

[] SIM [] NÃO

FINANCEIROAnuidade [] SIM [] NÃO
Mult. Eleit. [] SIM [] NÃO**PROTOCOLO**

Atendimento: _____

Total de Pag.(s): _____

/ /

/ / às : :

/ /

/ / , às : :

Func. Responsável

Func. Responsável

Func. Responsável

Func. Responsável