



# FORMULÁRIO Nº 03



## REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE INSCRIÇÃO PARA O CRF DE OUTRO ESTADO

Todos os campos devem ser preenchidos de forma legível e sem rasuras.

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Declaro, sob as penas da lei, que os dados abaixo são verdadeiros. Declaro, ainda, estar em pleno gozo da minha capacidade civil, bem como, ter bons antecedentes e gozar de boa reputação por minha conduta pública (Lei nº 6868, 03/12/1980).

Nome:		Nº CRF-PF	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone:	Cel.:	
E-mail:			

### Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

Transferência do CRF-SP para o CRF (especificar): \_\_\_\_\_

Quanto à Certidão de Transferência e à Carteira de Identidade Profissional:

- Desejo retirar os documentos pessoalmente no CRF-SP
- Desejo que o CRF-SP encaminhe os documentos para o outro CRF

**DOCUMENTOS ORIGINAIS ANEXADOS:**  Cédula de Identidade  Carteira de Identidade Profissional

### TERMO DE CIÊNCIA

**Declaro ter ciência que no caso de existência de instauração de Processo Ético Disciplinar, este continuará sem interrupção nos termos do § 1º do Art 2º, da seção II da Res. CFF nº 724/2022. Também tenho ciência que, de acordo com a Resolução 638/2017, a certidão terá validade de 60 dias a contar da data de expedição.**

_____	, de _____	de _____	
Cidade	Dia	Mês	Ano

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional

\_\_\_\_\_  
Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do funcionário