



# FORMULÁRIO Nº 02



## REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE INSCRIÇÃO PARA O CRF-SP

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:		Doador de órgãos e tecidos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Filiação:			
Data de Nascimento:	Estado Civil:	CPF:	
RG.:	Órgão Expedidor:	Data de Expedição:	
Cidade de Nascimento:		Nacionalidade:	
Título de Eleitor:	Zona:	Seção:	Estado:
Tipo Sanguíneo: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O		Fator RH: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- Realizei o protocolo de transferência de inscrição no outro Regional e a Certidão de Transferência e a Carteira de Identidade Profissional serão encaminhados de Conselho para Conselho.
- Realizei o protocolo de transferência de inscrição no outro Regional e a Certidão de Transferência será encaminhada de Conselho para Conselho – (Auxiliar Técnico de Laboratório ou Farmacêutico com inscrição provisória).
- Não realizei o protocolo de transferência de inscrição no outro Regional e solicito que o CRF-SP entre em contato com o Conselho de Origem para providenciar minha transferência.

**DOCUMENTOS ORIGINAIS ANEXADOS:**  Certidão de Transferência  Carteira de Identidade Profissional

### TERMO DE CIÊNCIA

**Declaro ter ciência que o trâmite da transferência está condicionado ao recebimento da Certidão de Transferência e a Carteira de Identidade Profissional (para farmacêuticos com inscrição definitiva) pelo CRF-SP.**

_____	,	de	de
Cidade		Dia	Mês
			Ano

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

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

Documentos conferidos por:

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