

REQUERIMENTO

SOLICITAÇÃO DE CERTIDÃO DE TRANSFERÊNCIA RESOLUÇÃO 638/17 DO CFF

Ilmo Senhor.

Presidente do Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais.

Eu Farmacêutico (a) _____

Solicito Certidão de transferência para o Conselho Regional de Farmácia do Estado de: _____

Em anexo encaminho carteira de identidade profissional (**carteira marrom**) e cédula profissional.

Atenção

- A Certidão de Transferência possui validade de **60** dias contados da data de emissão.
- Emitida a Certidão de Transferência sua inscrição no CRF/MG será **suspensa**, caso seja necessário reativar, será necessário comparecer ao CRF/MG e efetivar o pagamento das taxas e emolumentos necessários.
- Não serão aceitos Requerimentos incompletos ou com rasuras.
- A Certidão de Transferência poderá ser retirada pessoalmente no CRF/MG Sede ou Seções, ou, quando solicitada enviada para endereço declarado no quadro abaixo.

Solicito que a Certidão de transferência seja enviada para o endereço abaixo:

Endereço:			
Bairro:		Cidade:	Estado:
Cep:	Fone:	Cel.:	
Email:			

Atenciosamente,

_____, ____/____/____

Assinatura/ CRFMG nº

Sede - Rua Urucuia, 48 Bairro-Floresta- Belo Horizonte CEP: 30150-060