

**FORMULÁRIO PADRÃO DE REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE
JURISDIÇÃO DE CRF**

**Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Maranhão – CRF-
MA**

....., Farmacêutico (a), inscrito
no CRF-....., sob nº..... querendo transferir-se para o CRF-..... .

DECLARA:

- a) Ser filho(a) de.....
e de
- b) Ser nascido em
- c) Ter Diploma de
- d) Expedido pela
- e) Não estar exercendo a profissão na jurisdição do
- f) Ser domiciliado atualmente à Rua (Av.).....
.....
- g) Não estar proibido de exercer a profissão.
- h) Não estar incurso em nenhum processo de violação ao Código de Ética da Profissão
Farmacêutica.
- i) Preencher os requisitos da Lei 3.820/60.

Nestes termos solicita o encaminhamento do presente, para fins de direito.

São Luís – MA de.....de

Assinatura do (a) Farmacêutico (a)

Sede CRFMA

Rua Faveiros, Quadra. B, número 7 - São
Francisco São Luís - MA CEP: 65075-270.
Fone:
(98) 2107-3850/2107-3851
Fax:(+55 98) 2107-3852
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 9h às 17h.

Seccional Imperatriz

Avenida Dorgival Pinheiro de Sousa,
n. 1163, sala 01 – Centro Imperatriz – MA
CEP: 65903-279.
Fone/Fax:
(99) 3221-8981 e 3221-8989
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 8h às 12h e 14h às 18h.

Seccional Balsas

Av. Catulo, n. 170 Equatorial Shopping
Center, 2º Piso - Sala 17, Balsas-MA CEP:
65800-000.
Fone:
(99) 3541-3891
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 14h às 18h.