

## FORMULÁRIO PADRÃO DE REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE JURISDIÇÃO DE CRF

**Ilm<sup>o</sup>. Sr. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Maranhão – CRF-  
MA**

....., Farmacêutico (a), inscrito  
no CRF-....., sob n<sup>o</sup>..... 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)