



### **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:**

- Requerimento para reativação de inscrição por meio de transferência (anexo) – **original**;
- Certidão de transferência confeccionada pelo CRF de origem – **cópia simples**;
- Carteira marrom – **original**;
- Apresentar cópia dos seguintes documentos, **caso tenha havido alteração**:
  - Documentos pessoais (identidade (RG), título eleitoral) – **cópia simples**;
  - Diploma de graduação (em caso de apostilamento) – **cópia simples**;
  - Certidão de casamento ou averbação de divórcio – **se for o caso**;
  - Comprovante de residência – **cópia simples**;
- 02 fotos 3x4 – **padrão de fotos para documentos e identificadas no verso**;
- Requerimento para emissão de cédula em formato cartão (caso não tenha sido expedida no CRF/MS) – **solicitar junto ao departamento de pessoa física do CRF/MS**;
- Termo de cientização e aceite dos procedimentos “CRF em casa” (caso não tenha sido apresentado antes do cancelamento) – **anexo**.

### **TAXAS:**

Cédula de identidade profissional (caso não tenha sido expedida no CRF/MS): R\$ 87,12;

Anuidade do ano em exercício, **caso não tenha efetuado pagamento no CRF de origem**.

As taxas serão geradas somente após o recebimento da documentação completa de forma física na sede do CRF/MS.

### **PROCEDIMENTO:**

Para solicitar o requerimento para emissão de cédula (se for o caso), deverá encaminhar o requerimento para reativação de inscrição por meio de transferência preenchido e assinado e a certidão de transferência para o e-mail [crfms@crfms.org.br](mailto:crfms@crfms.org.br). No caso de ter havido alteração de documentos pessoais, deverá encaminhar juntamente.

**Em seguida, após a resposta do e-mail, deverá ser encaminhado o original desses requerimentos junto com os demais documentos complementares para o endereço do CRF/MS, descrito no rodapé.**

Profissionais residentes na capital podem comparecer pessoalmente na sede do CRF/MS munidos da documentação completa.

Após recebidos os seus documentos, o CRF/MS tramitará seu pedido (após a quitação do boleto) e agendará o processo para aprovação na reunião plenária subsequente, a qual acontece uma vez ao mês.

Na semana seguinte a reunião plenária o CRF/MS emitirá documento que comprove sua inscrição.

Os profissionais residentes no interior receberão o documento original por correios. Já os residentes na capital receberão em data específica, em reunião com a presidência do CRF/MS.

**Se o (a) senhor (a) cancelou sua inscrição no CRF de origem, deverá preencher o requerimento de reativação de inscrição por meio de cancelamento.**

### **EM CASO DE URGÊNCIA**

Solicitar ao departamento de secretaria através do e-mail ([crfms@crfms.org.br](mailto:crfms@crfms.org.br)) os requerimentos para o procedimento “ad referendum”, para tal solicitação será necessário a apresentação de documentos comprobatórios, como ex: nos casos de contratação (encaminhar o termo de compromisso da empresa devidamente preenchido, que será disponibilizado pela secretaria do CRF/MS) e/ou posse em concurso público (encaminhar cópia do edital de convocação) entre outros.

Informamos que a análise dos processos em caráter de urgência decorrerá de até 15 (quinze) dias para ser aprovado, sendo que **somente serão analisados** os processos que estiverem com todos os documentos comprobatórios anexo. Caso contrário o processo será analisado normalmente em reunião plenária subsequente.



Serviço Público Federal  
 Conselho Federal de Farmácia – CFF

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL CRF/MS  
 REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL POR MEIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome				Nº CRF/MS	
<b>***Preencher dados abaixo somente se houver alteração</b>					
Endereço			Complemento		
Bairro		Cidade/UF		CEP	
Fone		Cel.		E-mail	

Estou em pleno gozo de minhas capacidades civis, nada tendo o que desabone minha conduta, juntando toda documentação exigida, venho requerer:

**REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO POR MEIO DE TRANSFERÊNCIA DO CRF/** [redacted]

[redacted], [redacted] de [redacted] de 20 [redacted].

Nestes Termos, pede deferimento,

\_\_\_\_\_  
 Assinatura

Para uso do CRF/MS  
 Documentação completa?

Sim       Não

Falta:.....

.....

<p><b>Para uso do CRF/MS:</b></p> <p>Profissional possui cédula emitida?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim      <input type="checkbox"/> Não</p>
--

<p><b>Para uso do CRF/MS</b></p> <p>Protocolo:..... Data: ...../...../.....</p> <p>.....</p> <p>Funcionário</p>
---



Serviço Público Federal  
Conselho Federal de Farmácia – CFF  
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL CRF/MS  
**ANEXO II - PORTARIA Nº. 025/17**

**TERMO DE CIENTIZAÇÃO E ACEITE DOS TRÂMITES DE PROCESSOS E SERVIÇOS OFERECIDOS  
NO SISTEMA WEB DA ÁREA RESTRITA DE CADASTRO DE PROFISSIONAIS E  
ESTABELECIMENTOS “CRF EM CASA” DISPONIBILIZADO PELO CRF-MS**

**Farmacêutico (a):**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF  
nº \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_.

DECLARO ciência e aceitação de uso dos serviços oferecidos pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso do Sul – CRF/MS, no sistema web “CRF EM CASA” e/ou qualquer outro que o venha substituir, com acesso restrito por meio do cadastramento de senha de minha total responsabilidade.

DECLARO estar ciente dos termos de uso do sistema estabelecidos na Portaria nº 025/17, disponibilizada no ato do cadastramento de senha e publicada no portal eletrônico do CRF/MS ([www.crfms.org.br](http://www.crfms.org.br));

DECLARO ciência de que as informações de pendências e/ou liberação de processos tramitados e demais solicitações requeridas, devem ser acompanhadas por mim requerente, junto ao registro de protocolo disponibilizado no sistema.

DECLARO ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa ao CRF/MS, sujeitar-me-á a ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica” prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileiro;

\_\_\_\_\_/MS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

**Assinatura no centro do quadro, sem tocar nas linhas**