



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

- Requerimento para inscrição definitiva por meio de transferência (anexo) – **original**;
- Certidão de transferência confeccionada pelo CRF de origem – **cópia simples**;
- Documentos pessoais (identidade (RG), CPF e título eleitoral) – **cópia simples**;
- Comprovante militar (no caso do sexo masculino) – **cópia simples**;
- Tipagem sanguínea e fator RH – **cópia simples**;
- Certidão de casamento (se for o caso) – **cópia simples**;
- 02 fotos 3x4 – **padrão de foto para documento e identificadas com o nome no verso**;
- Comprovante de residência – **cópia simples**;
- Carteira profissional (marrom). A carteira pode ter sido encaminhada pelo CRF de origem junto com a Certidão de Transferência ou deverá ser apresentada pelo profissional para anotação desse regional – **original**;
- Diploma (assinado pelo profissional e registrado pelo CRF no qual efetuou sua inscrição) - **cópia autenticada – ou**;
- Diploma Digital – **cópia simples**;
- Histórico Escolar (**da universidade**) - **cópia autenticada (frente e verso)**;
- Termo de cientização e aceite dos procedimentos “CRF em casa” – **anexo**;
- Requerimento para emissão de cédula em formato cartão – **solicitar junto ao departamento de pessoa física do CRF/MS.**

ATENÇÃO: Diploma digital será aceito somente se tiver código de autenticidade ou QR Code para validação.

TAXAS:

Cédula de identidade profissional: 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, deverá encaminhar o requerimento para inscrição definitiva por meio de transferência preenchido e assinado para o e-mail crfms@crfms.org.br.

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) já teve inscrição no CRF/MS, deverá preencher o requerimento de reativação de inscrição por meio de transferência.

EM CASO DE URGÊNCIA

Solicitar ao departamento de secretaria através do e-mail (crfms@crfms.org.br) os requerimentos para o procedimento “ad referendum”, para tal solicitação deverá ser informado o motivo da urgência, como ex: casos de contratação e/ou posse em concurso público, 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
REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO DEFINITIVA POR MEIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome [REDACTED]
 Endereço [REDACTED] Nº [REDACTED]
 Bairro [REDACTED] Cidade/UF [REDACTED]
 Complemento [REDACTED] CEP [REDACTED] Fone [REDACTED] Cel. [REDACTED]
 E-mail [REDACTED] Whats App [REDACTED]
 Filiação **Pai:** [REDACTED]
Mãe: [REDACTED]
 Data Nasc. [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED] Estado Civil: [REDACTED] Nacionalidade: [REDACTED]
 Naturalidade (Cidade/UF) [REDACTED]
Grupo Sanguíneo:
 A AB B O Fator RH Positivo Fator RH Negativo
Militar: Sim Não *Caso positivo, apresentar declaração do exército.
 CPF: [REDACTED]
 RG nº [REDACTED] Org. Exp./UF [REDACTED] Data de Expedição: [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]
 Título de Eleitor: [REDACTED] Zona [REDACTED] Seção [REDACTED] Estado (sigla) [REDACTED]
 Formado pela Universidade: [REDACTED]
 Sigla da Universidade [REDACTED] Data da Colação de Grau [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Estou ciente de que na ocorrência de declaração falsa no presente documento, sujeitar-me-ei à ação criminal pelo cometimento de crime de falsidade ideológica, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, e falta ética prevista no artigo 18, inciso II do Código de Ética da Profissão Farmacêutica.

ATENÇÃO: O pedido de inscrição só gerará direito ao exercício profissional após ter sido deferido pelo CRF/MS.

Venho por intermédio deste, requerer nos termos da Lei 3.820, de 11.11.1960, a:

**INSCRIÇÃO DEFINITIVA POR MEIO DE TRANSFERÊNCIA
DO CRF/ [REDACTED] PARA O CRF/MS**

[REDACTED], [REDACTED] de [REDACTED] de 20 [REDACTED].

Nestes Termos, pede deferimento,

Assinatura

Para uso do CRF/MS
Documentação completa?

Sim Não

Falta:.....

Para uso do CRF/MS

Protocolo:..... Data:/...../.....

.....
Funcionário



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);

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