



Formulário J Requerimento de Baixa por Transferência		___/___/___ Atendimento nº _____ Protocolo nº _____ PF _____ Local _____ Funcionário _____
Dados do PROFISSIONAL		Nº do CRF-RS: _____
Nome:	CPF: _____	
Email: _____		
Baixa por Transferência para o Regional do Estado: _____		
Forma de encaminhamento dos documentos (carteira de identidade profissional, crachá, diploma, certificados ou certidões)		
<input type="checkbox"/> Enviar via postal		
<input type="checkbox"/> Enviar via postal (outro endereço) Endereço: _____ Nº: _____ Compl.: _____ Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____		
<input type="checkbox"/> Encaminhar para retirada na:		
<input type="checkbox"/> Seccional Lajeado	<input type="checkbox"/> Sede (Porto Alegre)	<input type="checkbox"/> Seccional Caxias do Sul
<input type="checkbox"/> Seccional Santa Maria	<input type="checkbox"/> Seccional Passo Fundo	<input type="checkbox"/> Seccional Pelotas
	<input type="checkbox"/> Seccional Santo Ângelo	<input type="checkbox"/> Seccional Uruguaiana

Obs.: a certidão, após o deferimento, será enviada para email cadastrado.

TERMO DE CIÊNCIA

Declaro ter ciência que deverei efetivar a inscrição no CRF- _____ no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a partir da expedição da Certidão de Transferência e que, se vencido o prazo, a mesma será devolvida ao CRF-RS, mantendo-se, deste modo, com a inscrição ativa neste Conselho, incidindo cobrança de anuidades e demais obrigações legais.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Profissional

