|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO PARA TRANSFERÊNCIA DE ARMA DE FOGO – SINARM PARA SIGMA** |
| **IDENTIFICAÇÃO DO ADQUIRENTE** |
| Nome:Identidade:CPF: | Posto/Grad/Função:Orgão de Vinculação:Endereço Residencial:Telefone: E-mail: |
| **IDENTIFICAÇÃO DO ALINENANTE** |
| Nome:Identidade:CPF: | Posto/Grad/Função:Orgão de Vinculação:Endereço Residencial:Telefone: E-mail: |
| **IDENTIFICAÇÃO DA ARMA OBJETO DA TRANSFERÊNCIA**  |
| Tipo:Marca:Modelo:Calibre: | Número de Série:Nº SINARM:Outras especificações: (quando for o caso)Acessórios e/ou sobressalentes: (quando for o caso) |
| **ANEXOS** |
| * **Cópias legíveis do RGPM e comprovante de endereço do adquirente e alienante;**
* **Cópia do Certificado de Registro de Arma de Fogo (CRAF);**
* **Anuência do SINARM;**
* **Comprovante de pagamento de taxa GRU;**
* **Certidão de comportamento da unidade de origem com assinatura do Cmt da OPM (somente para as praças adquirentes e no mínimo comportamento “BOM”);**
* **Certidão Negativa da Justiça Federal, Estadual, Militar e da Corregedoria;**
* **Comprovante de Aptidão Psicológica para manutenção de porte de arma de fogo, emitido por psicólogo credenciado pela Policia Federal somente para adquirentes inativos;**
 |
| Declaro estar de acordo com a transferência de propriedade da arma objeto da presente transação.Local e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Alienante (nome completo) Adquirente (nome completo) |
| **ÓRGÃO DE VINCULAÇÃO DO ADQUIRENTE** |
| ( ) DEFERIDOAutorizo a aquisição da arma de fogo em questão por transferência.( ) INDEFERIDO( ) Arma e/ou calibre não previstos na Portaria nº \_\_\_\_\_ / COLOG/2019.( ) Quantitativo de arma de fogo já atingido.( ) outros motivos. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome completo e cargo/órgão de vinculação |