|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 para o adquirente;** * **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. Declaro possuir local seguro para armazenamento da(s) arma(s) de fogo da(s) qual sou proprietário de modo a adotar as medidas necessárias para impedir que menor de dezoito anos de idade ou pessoa com deficiência mental se apodere de armas de fogo que esteja sob sua posse ou que seja de sua propriedade nos termos do disposto no art. 13 da Lei nº 10.826/2003.  Local e data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alienante (nome completo) Adquirente (nome completo) | | |
| **ÓRGÃO DE VINCULAÇÃO DO ADQUIRENTE** | | |
| ( ) DEFERIDO  Autorizo 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** | | |