|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** | | |
| ( ) 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 | | |