Anexo G

REQUERIMENTO PARA TRANSFERÊNCIA DE ARMA DE FOGO - SINARM para SIGMA  
(PM/CBM, ABIN e GSI)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO ADQUIRENTE | | |
| Posto/grad/função: Nome: Identidade:  CPF Órgão de vinculação: CBMPA | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO ALIENANTE | | |
| NOME:  CPF: | | IDENTIDADE:  ENDEREÇO: |
| IDENTIFICAÇÃO DO ALIENANTE | | |
| Tipo: PISTOLA  Marca: TAURUS  Modelo: TH40  Calibre: .40 | Número de série: ABA251635  Nº SINARM: 2020/902966895-17  Outras especificações: (quando for o caso)  Acessórios e/ou sobressalentes: (quando for o caso) | |
| ANEXOS | | |
| ( ) cópia de documento de identificação (alienante) ( ) cópia de documento de identificação (adquirente) ( ) cópia do CRAF da arma ( ) anuência do SINARM | ( ) ficha cadastro de arma de fogo no SIGMA ( ) comprovante de pagamento da taxa de aquisição de PCE ( ) comprovante de aptidão psicológica e capacidade técnica (quandofor o caso) | |
| Declaro estar de acordo com a transferência de propriedade da arma objeto da presente transação.  BELÉM, 27 DE JANEIRO DE 2022  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  alienante adquirente  (nome completo) (nome completo) | | |
| DESPACHO DO ÓRGÃO DE VINCULAÇÃO DO ADQUIRENTE **BM/2-EMG-CBMPA** | | |
| ( ) 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 armas de fogo já atingido. ( ) Outros motivos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome completo e cargo órgão de vinculação | | |