



ALTERAÇÃO CONTRATUAL
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Requerimento de Pessoa Jurídica

Original, fornecido pelo CRF-PB sem emendas ou rasuras, todos os campos preenchidos e devidamente assinados.

Alteração Contratual

01 via original ou 01 cópia autenticada - devidamente REGISTRADA NA JUCEP (Junta Comercial);

CNPJ e FAC Atualizados

01 Cópia de cada.

Taxas Alteração Contratual

Obs.: Ligar para o CRF-PB sobre valores.

Importante

- Deverão ser apresentadas última Alterações Contratuais, caso tenha havido;

ATENÇÃO: Os documentos a serem apresentados, quando não redigidos no idioma oficial do país deverão estar acompanhados de cópia autenticada com tradução juramentada.

REQUERIMENTO DE PESSOA JURÍDICA

Ilmo.(a) Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado da Paraíba – CRF/PB.

Pelo presente venho requerer o que abaixo discrimino nos termos da Lei nº 3.820/60 e Lei nº 6.839/80:

REGISTRO DE FIRMA CANCELAMENTO DE REGISTRO REATIVAÇÃO DE REGISTRO

ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS:

ENDEREÇO: CAPITAL SOCIAL: SÓCIO(S): MUDANÇA DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

OUTROS: (Especificar): _____

Dados do EMPRESA/ESTABELECIMENTO:

RAZÃO SOCIAL:				Nº CRF-PB/PJ:	
NOME DE FANTASIA:					
CNPJ:		INSC. ESTADUAL:		CAPITAL SOCIAL:	
ENDEREÇO:					
BAIRRO:		CIDADE:		UF:	
CEP:		FONE:		E-MAIL:	

Dados do PROPRIETÁRIO/SÓCIO/REPRESENTANTE LEGAL:

NOME:					
CPF:		RG/ÓRGÃO EXP.:		ESTADO CIVIL:	
ENDEREÇO:					
BAIRRO:		CIDADE:		UF:	
CEP:		FONE:		E-MAIL:	

RAMO DE ATIVIDADE:

<input type="checkbox"/> FARMÁCIA SEM MANIPULAÇÃO OU DROGARIA	<input type="checkbox"/> OUTRAS DISTRIBUIDORAS E IMPORTADORAS
<input type="checkbox"/> FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO = ALOPÁTICA	<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
<input type="checkbox"/> FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO = HOMEOPÁTICA	<input type="checkbox"/> OUTROS LABORATÓRIOS
<input type="checkbox"/> FARMÁCIAS HOSPITALARES E SIMILARES	<input type="checkbox"/> INDÚSTRIA FARMACÊUTICA
<input type="checkbox"/> DISTRIBUIDORA/IMPORTADORA (DE MEDIC. INS. DROGAS)	<input type="checkbox"/> OUTRAS INDÚSTRIAS (COSM. ALI. SAN.)
<input type="checkbox"/> OUTROS (especificar): _____	

EMPRESA/ESTABELECIMENTO DE PROPRIEDADE:

Farmacêutico Não Farmacêutico

E que, o referido Estabelecimento funciona no seguinte horário:

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO						
Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
às	às	às	às	às	às	às
às	às	às	às	às	às	às

Declaro ainda ter conhecimento de que:

A expedição da CERTIFIDÃO DE REGULARIDADE será condicionada a aprovação pelo CRF-PB, da responsabilidade técnica requerida pelo(s) farmacêutico(s);
A baixa da responsabilidade técnica do(s) farmacêutico(s) implicará na obrigatoriedade do requerente de no prazo de 30 (trinta) dias, contados da baixa, apresentar outro(s) farmacêutico(s) e requerer anotação no seu cadastro junto ao CRF-PB; e que o não atendimento neste prazo significará irregularidade passível de aplicação de penalidades de acordo com a Legislação Vigente.

Nestes termos, peço deferimento.

Local e Data:	Assinatura do PROPRIETÁRIO/SÓCIO/REPRESENTANTE LEGAL
---------------	--

ATENÇÃO:

* Para qualquer Alteração Contratual, a cópia deverá ser anexada a este formulário;
** Todos os campos devem ser preenchidos em letra de forma ou legível, datilografado ou digitalizado e sem rasuras (apresentar sempre via original);