



**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 CERTIFICADO 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);