

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)