

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)