



FORMULÁRIO Nº 14



REQUERIMENTO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL E CANCELAMENTO DE REGISTRO DE PESSOA JURÍDICA

Todos os campos devem ser preenchidos com os dados atualizados, de forma legível e sem rasuras.

CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Dados do ESTABELECIMENTO :			Nº CRF-PJ:	
Razão Social:				
Nome Fantasia:			CNPJ:	
Ramo de atividade:				
Endereço:				
			Nº	Compl.
Bairro:		Cidade:		Estado: SP
CEP:	Fone	Cel.	E-mail:	

PREENCHER EM CASO DE UNIDADES PÚBLICAS COM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS:	
Razão Social (Gerente/Administrador/Terceiro/OS/Oscip):	CNPJ:

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino: <input type="checkbox"/> Atualização Cadastral (Alteração contratual ou de dados) <input type="checkbox"/> Cancelamento de Registro de Pessoa Jurídica	Pelo presente, informo alteração de vínculo empregatício do farmacêutico responsável técnico ou substituto. A partir de ____/____/____ passou a ser: <input type="checkbox"/> CARTEIRA DE TRABALHO <input type="checkbox"/> SÓCIO PROPRIETÁRIO <input type="checkbox"/> CONTRATO DE AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> TERCEIRIZADO <input type="checkbox"/> CONTRATO ENTRE PESSOAS JURÍDICAS <input type="checkbox"/> VOLUNTÁRIO <input type="checkbox"/> SERVIDOR PÚBLICO <input type="checkbox"/> COOPERADO
--	--

Endereço alternativo (preencher somente quando o estabelecimento não estiver em funcionamento):

Endereço:				
Nº	Compl.		Bairro:	
CEP:	Cidade:		Estado:	

Nestes termos, peço deferimento.

_____	,	de	de
Cidade		Dia	Mês
			Ano

Assinatura do sócio/Representante legal

Carimbo ou nome legível

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário