



# 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 <b>ESTABELECIMENTO</b> :			Nº CRF-PJ:	
Razão Social:				
Nome Fantasia:			CNPJ:	
Ramo de atividade:				
Endereço:				
			Nº	Compl.
Bairro:		Cidade:		Estado: SP
CEP:	Fone	Cel.	E-mail:	

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

<b>Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:</b>  <input type="checkbox"/> Atualização Cadastral (Alteração contratual ou de dados)  <input type="checkbox"/> Cancelamento de Registro de Pessoa Jurídica	<b>Pelo presente, informo alteração de vínculo empregatício do farmacêutico responsável técnico ou substituto. A partir de</b> _____ / _____ / _____ <b>passou a ser:</b>  <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