



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ – CRF/PA
 AV. ALMIRANTE BARROSO 788 – MARCO / CEP 66090-000 / FONE: (91) 3239-9500 / FAX (91) 3239-9510
 BELÉM - PARÁ

REQUERIMENTOS DE PESSOA JURÍDICA

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Pará, pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino (Lei 3.820/60).

Inscrição de Pessoa Jurídica	Reabertura de Inscrição	Alteração Contratual
Renovação Contratual (CRT):		
Com alterações de dados cadastrais	Sem alterações de dados cadastrais	

Razão Social _____

Nome Fantasia _____

CRF _____

Telefone (____) _____ | **Celular** (____) _____ | **Email (P.J):** _____

Endereço (Rua Nº) _____

Complemento _____

Bairro _____ | **CEP** _____

Cidade / UF _____ / _____

Representante _____

Capital Social _____ | **CPF** _____ | **RG** _____ | **Org. Emissor** _____

Responsável Técnico Farmacêutico (Titular) _____ **CRF** _____

Horário de Funcionamento estabelecido

Segunda _____ às _____ e _____ às _____	Sexta _____ às _____ e _____ às _____
Terça _____ às _____ e _____ às _____	Sábado _____ às _____ e _____ às _____
Quarta _____ às _____ e _____ às _____	Domingo _____ às _____ e _____ às _____
Quinta _____ às _____ e _____ às _____	Feriado _____ às _____ e _____ às _____

Documentação Anexa

Cartão de CNPJ	Cópia Autenticada do Contrato Social	Declaração de Outras Atividades
Doc. Representante Legal	Solicitação de Resp. Técnica	Certidão Juçepa
Cópia da CTPS	Termo de Compromisso da Empresa	

Declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas e que a omissão de qualquer informação sujeitar-me-á as penalidades legais pelo cometimento de crime de falsidade ideológica de acordo com o Art. 299 do CPB.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) representante legal

Documentos Conferidos

 Assinatura do(a) funcionário(a)