Fls._____

_____
Assinatura

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRF-TO

DOC. 06

REQUERIMENTO DIVERSOS DE PESSOA JURÍDICA

☐ **Alteração Contratual** ☐ **Cancelamento de Processo em Andamento**
☐ **Cancelamento de Registro de Pessoa Jurídica** ☐ **Retorno de Processo Indeferido**

Ilmo. (a) Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Tocantins – CRF-TO

Dados do **ESTABELECIMENTO**

Razão Social:			Nº CRF-TO:
Nome Fantasia:			
CNPJ:			
Endereço:			
Nº:	Bairro:	Cidade:	Estado:
CEP:	Fone: ( )	Fone: ( )	Fone: ( )
E-mail:			
Indicar motivo e/ou especificações do pedido:			

_____, _____ de _____ de 20_____.
Cidade *dia* *mês* *ano*

_____
Assinatura por extenso do representante legal

:: *As assinaturas devem ser feitas por extenso. Em caso de rubrica deverá esta ter reconhecimento de firma* ::