



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRFTO**  
Av. Teotônio Segurado, s/n - Qd. 501 Sul - Lote 19, Palmas/TO CEP: 77.016.002  
Fone/Fax: (0\*\*63) 3216-1606, <http://www.crfto.org.br>

**DECLARAÇÃO PARA CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA**  
**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO TOCANTINS**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

Razão Social: \_\_\_\_\_  
Nome Fantasia (se houver): \_\_\_\_\_  
CNPJ nº: \_\_\_\_\_  
Endereço Completo: \_\_\_\_\_  
Município/UF: \_\_\_\_\_

**2. IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL OU GESTOR PÚBLICO**

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
CPF nº: \_\_\_\_\_ RG nº: \_\_\_\_\_  
Cargo/Função: \_\_\_\_\_  
Endereço Completo: \_\_\_\_\_

**3. DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins, que o estabelecimento acima identificado não exerce mais atividades farmacêuticas, nos termos da **Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, e da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960**, que disciplinam o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

A solicitação de **cancelamento da inscrição de pessoa jurídica junto ao Conselho Regional de Farmácia** decorre do seguinte motivo (assinalar ou descrever):

- Encerramento definitivo das atividades do estabelecimento  
 Alteração do objeto social, deixando de exercer atividades farmacêuticas  
 Inexistência de atividades sujeitas à fiscalização do CRF  
 Outro (descrever): \_\_\_\_\_

Declaro, ainda, que o estabelecimento **não realiza dispensação, manipulação, comércio ou qualquer outra atividade relacionada a medicamentos, insumos farmacêuticos ou produtos de saúde**, não estando, portanto, sujeito à manutenção de registro perante este Conselho.

Comprometo-me a comunicar formalmente ao Conselho Regional de Farmácia qualquer eventual retomada de atividades enquadradas na legislação farmacêutica vigente.

**4. RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES**

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, estando ciente das responsabilidades administrativas, civis e penais decorrentes de eventual omissão ou prestação de informações inverídicas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ De 20\_\_\_\_\_.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cidade

Dia

Mês

Ano

Assinatura do Representante Legal ou Gestor Público (por extenso):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_