# SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRF-TO

Fls. Assinatura

REQUERIMENTO DIVERSOS DE PESSOA JURÍDICA

# DOC. 06

|  |  |
| --- | --- |
| **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* ::