

# FORMULÁRIO Nº 04

## SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

### REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO CONTRATUAL E CANCELAMENTO DE PESSOA JURÍDICA

**Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP**

			Nº CRF-PJ:	
Razão Social:				
Nome Fantasia:			CNPJ:	
Ramo de Atividade:				
Endereço:				
			Nº	Compl.:
Bairro:	Cidade:		Estado:	
CEP:	Fone:	Cel.:	E-mail:	

**Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:**

Alteração Contratual

Cancelamento de Pessoa Jurídica

Nestes termos, peço deferimento.

	,	de	de
Cidade	Dia	Mês	Ano

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sócio / representante legal

\_\_\_\_\_  
Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do funcionário