

# FORMULÁRIO Nº29

## 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 DE DADOS E CANCELAMENTO DE PESSOA JURÍDICA

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

#### Dados do ESTABELECIMENTO:

Nº CRF-PJ:

|   |         |       |         |
|---|---------|-------|---------|
| Razão Social (Ente Público):                            |         | CNPJ: |         |
| Razão Social (Gerente/Administrador/Terceiro/OS/Oscip): |         | CNPJ: |         |
| Ramo de Atividade:                                      |         |       |         |
| Endereço:   |         |       |         |
|   |         | Nº    | Compl.  |
| Bairro:   | Cidade: |       | Estado: |
| CEP:  | Fone:   | Cel.: | E-mail: |

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

Alteração de Dados

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