**ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

Ilmo (a) Sr. (a). Presidente do Conselho Regional de Farmácia do ...........

DA FIRMA

........... , com sede na av./rua ..........., nº ..........., bairro/distrito ..........., na cidade de ........... - ........... (UF), CEP ........... (endereço completo: tipo, nome do logradouro, número, complemento, bairro/distrito, município, Unidade Federativa e CEP ), registrada no CRF-......... sob o número.

DO PROPRIETÁRIO

........... (nome civil por extenso), ........... (nacionalidade), ........... (naturalidade), ........... (estado civil) ........... (profissão), ........... (documento de identidade, número e órgão expedidor), ........... (CPF), ........... (endereço residencial (tipo e nome do logradouro, nº, complemento, bairro/distrito, município, unidade federativa e CEP).

DO PEDIDO

Vem requerer a V. Sa., em obediência ao que dispõe a Lei nº 3.820/60, o seguinte:

( ) Inscrição da Firma no CRF-...........

( ) Certificado de Habilitação Legal

Visto no Processo de :

- Rescisão de Contrato de Trabalho ( )

- Baixa da Inscrição de Firma ( )

- Alteração Contratual ( )

- Contrato de Trabalho ( )

- CTPS do Empregado nº ........... ( )

- Contrato Social ( )

- Originário nº ........... ( )

Nestes termos

Pede deferimento

..........., ........... de ........... de ...........

Ass. do Proprietário

|  |
| --- |
| Obs.: Isento de reconhecimento de firma, conforme o Decreto nº 63.166/88. D 63166-1988 |