

**ILMº SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO  
MARANHÃO – CRF-MA.**

**ASSUNTO: FORMULÁRIO PADRÃO DE REQUERIMENTO DE MUDANÇA DE ENDEREÇO  
DE FIRMA.**

Razão Social:.....

Nome de Fantasia: .....

CNPJ: ...../.....-....., Insc. Estadual: .....

**Novo Endereço:.....**

.....

**(Rua, Av. ou Pça. Qda., nº)**

Bairro:.....Fone( ).....Fax( ).....

CEP:.....Cidade:.....Estado:.....

Comunico a Vossa Senhoria, a mudança de endereço da empresa acima, conforme cópia da Alteração em anexo.

São Luís-MA ,.....de .....de .....

Atenciosamente,

---

**Representante Legal** (com firma reconhecida)

**Sede CRFMA**

Rua Faveiros, Quadra. B, número 7 - São Francisco São Luís - MA CEP: 65075-270.

Fone:

(98) 2107-3850/2107-3851

Fax:(+55 98) 2107-3852

Atendimento ao público:

Segunda à sexta das 9h às 17h.

**Seccional Imperatriz**

Avenida Dorgival Pinheiro de Sousa, n. 1163, sala 01 – Centro Imperatriz – MA CEP: 65903-279.

Fone/Fax:

(99) 3221-8981 e 3221-8989

Atendimento ao público:

Segunda à sexta das 8h às 12h e 14h às 18h.

**Seccional Balsas**

Av. Catulo, n. 170 Equatorial Shopping Center, 2º Piso - Sala 17, Balsas-MA CEP: 65800-000.

Fone:

(99) 3541-3891

Atendimento ao público:

Segunda à sexta das 14h às 18h.