



**Conselho Regional de Farmácia do Estado do Piauí - CRF- PI**  
Rua Professor Nódgi Nogueira, 4193, Bairro Ininga  
Teresina – Piauí - 64048-465  
Tel.: (86) 3222 8480 - Fax (86) 3223 8999  
[www.crfpi.org.br](http://www.crfpi.org.br)

**DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO**  
**Termo de Compromisso do Titular da Empresa**

A Empresa \_\_\_\_\_  
Com nome comercial \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_  
Fone ( ) \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
Capital Social subscrito de R\$ \_\_\_\_\_  
Que terá horário de funcionamento diário das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_  
Requer inscrição nesse CRF/PI, na data de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
por seu representante Legal \_\_\_\_\_  
RG nº \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
Endereço Residencial \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

**CONTATO APÓS PLENÁRIA: ( ) E-MAIL ( ) TELEFONE ( ) FAX**

Em cumprimento ao que determina o art. 24 da Lei nº 3.820/60 tenho o conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou a declaração falsa no presente documento sujeitar-me-á a ação criminal pelo cometimento de crime de falsidade ideológica, prevista no art. 299 do CPB, bem como comprometo-me a comunicar ao CRF/PI sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob as penalidades previstas na Lei.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular da Empresa