



Formulário A Registro / Reativação de Estabelecimento		____/____/____ Atendimento nº ____ Protocolo nº ____ PF/PJ ____ Local _____ Funcionário _____
Dados do ESTABELECIMENTO		E-mail: _____
Razão Social: _____		CNPJ: _____
Nome Fantasia: _____		Telefone: _____
Endereço: _____		Nº: _____ Compl.: _____
Bairro: _____	Município: _____	CEP: _____
REQUERIMENTO de: <input type="checkbox"/> Registro <input type="checkbox"/> Reativação de Registro		
<input type="checkbox"/> DROGARIA <input type="checkbox"/> FARMÁCIA <input type="checkbox"/> com manipulação de fórmulas não homeopáticas <input type="checkbox"/> com manipulação de fórmulas homeopáticas <input type="checkbox"/> fornecimento gratuito de medicamentos, insumos farmacêuticos, drogas vegetais e/ou plantas medicinais à população <input type="checkbox"/> fornecimento de medicamentos e/ou insumos farmacêuticos a pacientes atendidos por Hospital ou Clínica <input type="checkbox"/> DISTRIBUIÇÃO (COMÉRCIO ATACADISTA) <input type="checkbox"/> medicamentos <input type="checkbox"/> cosméticos/produtos de higiene <input type="checkbox"/> plantas medicinais <input type="checkbox"/> insumos <input type="checkbox"/> produtos para a saúde <input type="checkbox"/> produtos odontológicos <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> medicamentos <input type="checkbox"/> cosméticos/produtos de higiene <input type="checkbox"/> plantas medicinais <input type="checkbox"/> insumos <input type="checkbox"/> produtos para a saúde <input type="checkbox"/> saneantedomissanitário <input type="checkbox"/> FABRICAÇÃO <input type="checkbox"/> chás <input type="checkbox"/> drogas vegetais <input type="checkbox"/> produtos alimentícios <input type="checkbox"/> saneantedomissanitário <input type="checkbox"/> insumos <input type="checkbox"/> gases medicinais <input type="checkbox"/> produtos para a saúde <input type="checkbox"/> medicamento veterinário <input type="checkbox"/> medicamentos <input type="checkbox"/> saneante veterinário <input type="checkbox"/> cosmético veterinário <input type="checkbox"/> cosméticos/produtos de higiene <input type="checkbox"/> IMPORTAÇÃO DE <input type="checkbox"/> EXPORTAÇÃO DE <input type="checkbox"/> medicamentos <input type="checkbox"/> cosméticos/produtos de higiene <input type="checkbox"/> drogas vegetais <input type="checkbox"/> insumos <input type="checkbox"/> produtos para a saúde <input type="checkbox"/> saneantedomissanitário <input type="checkbox"/> FRACIONADORA <input type="checkbox"/> medicamentos <input type="checkbox"/> cosméticos/produtos de higiene <input type="checkbox"/> saneantedomissanitário <input type="checkbox"/> insumos <input type="checkbox"/> produtos para a saúde <input type="checkbox"/> ENVASADORA <input type="checkbox"/> de água mineral <input type="checkbox"/> de gases medicinais <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO CLÍNICO <input type="checkbox"/> análises clínicas <input type="checkbox"/> toxicologia veterinária <input type="checkbox"/> análises médico-veterinárias <input type="checkbox"/> toxicologia <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO ANALÍTICO <input type="checkbox"/> medicamentos <input type="checkbox"/> cosméticos/produtos de higiene <input type="checkbox"/> águas/efluentes <input type="checkbox"/> insumos <input type="checkbox"/> produtos para a saúde <input type="checkbox"/> POSTO DE COLETA <input type="checkbox"/> OUTROS(especificar): _____		
Se houver alguma pendência, será enviada mensagem para o e-mail informado neste formulário. Se, após 15 dias do envio, ainda houver alguma pendência, o protocolo será arquivado.		

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Representante Legal do Estabelecimento



Caso trate-se de sociedade, descrever o quadro societário atualizado da empresa:

Nome do sócio: _____
Registro no CRF/RS (caso tenha) : _____ CPF: _____
Endereço : (Rua/ Av) _____ Nº _____ Complemento : _____
Bairro : _____ Município: _____ CEP: _____
E-mail: _____

Nome do sócio: _____
Registro no CRF/RS (caso tenha) : _____ CPF: _____
Endereço : (Rua/ Av) _____ Nº _____ Complemento : _____
Bairro : _____ Município: _____ CEP: _____
E-mail: _____

Nome do sócio: _____
Registro no CRF/RS (caso tenha) : _____ CPF: _____
Endereço : (Rua/ Av) _____ Nº _____ Complemento : _____
Bairro : _____ Município: _____ CEP: _____
E-mail: _____

Nome do sócio: _____
Registro no CRF/RS (caso tenha) : _____ CPF: _____
Endereço : (Rua/ Av) _____ Nº _____ Complemento : _____
Bairro : _____ Município: _____ CEP: _____
E-mail: _____

As informações sobre o quadro societário estão descritas na **Alteração Contratual nº _____**, cujo original ou cópia autenticada é apresentado neste ato.

Capital social atualizado da empresa R\$ _____
Se filial, capital social destacado no valor de R\$ _____

Dados do REPRESENTANTE LEGAL		Nº da CRF-RS (caso tenha):	
Nome:		Telefone:	
Endereço:		Nº:	Compl.:
Bairro:	Município:	CEP:	

Representante Legal do Estabelecimento/Procurador

