



Formulário V Baixa de Registro de Estabelecimento		___/___/___ Atendimento nº _____	
		Protocolo nº _____ PJ _____	
		Local	Funcionário
Dados do ESTABELECIMENTO (preencha todos os campos)			Nº do CRF-RS:
Razão Social:		CNPJ:	
Endereço:		Nº:	Compl.:
Bairro:	Município:		
REQUERIMENTO			
<input type="checkbox"/> BAIXA DO ESTABELECIMENTO , pois não há exercício de atividade que necessite de assistência farmacêutica.			
Dados do REPRESENTANTE LEGAL (preencha todos os campos)			CPF:
Nome:		E-mail:	
Endereço:		Nº:	Compl.:
Bairro:	Município:	CEP:	Telefone:

Em caso de pendências, essas serão enviadas para o e-mail do Representante Legal informado neste formulário.

A homologação da baixa em sessão plenária será comunicada por e-mail.

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

Assinatura Representante Legal do Estabelecimento

Obs.: a assinatura deverá ser autenticada em uma das seguintes modalidades: anexar cópia de documento de identidade oficial com foto (RG, CNH, etc.), autenticar em cartório ou apostar assinatura na presença de um atendente CRF-RS.

