



Formulário A		____/____/____ Atendimento nº _____	
Registro / Reativação de Estabelecimento		Protocolo nº _____ PJ _____	
		Local	Funcionário
<b>Dados do ESTABELECIMENTO</b>		E-mail: _____	
Razão Social: _____		CNPJ: _____	
Nome Fantasia: _____		Telefone: _____	
Endereço: _____		Nº: _____	Compl.: _____
Bairro: _____	Município: _____	CEP: _____	
<b>REQUERIMENTO de:</b> <input type="checkbox"/> Registro <input type="checkbox"/> Reativação de Registro			
<input type="checkbox"/> DROGARIA			
<input type="checkbox"/> FARMÁCIA			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> com manipulação de fórmulas <b>não</b> homeopáticas		
<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/> medicamentos	<input type="checkbox"/> cosméticos/produtos de higiene	<input type="checkbox"/> plantas medicinais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> insumos	<input type="checkbox"/> produtos para a saúde	<input type="checkbox"/> produtos odontológicos
<input type="checkbox"/> TRANSPORTE			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> medicamentos	<input type="checkbox"/> cosméticos/produtos de higiene	<input type="checkbox"/> plantas medicinais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> insumos	<input type="checkbox"/> produtos para a saúde	<input type="checkbox"/> saneante domissanitário
<input type="checkbox"/> FABRICAÇÃO			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> chás	<input type="checkbox"/> drogas vegetais	<input type="checkbox"/> produtos alimentícios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> insumos	<input type="checkbox"/> gases medicinais	<input type="checkbox"/> produtos para a saúde
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> medicamentos	<input type="checkbox"/> saneante veterinário	<input type="checkbox"/> cosmético veterinário
<input type="checkbox"/> IMPORTAÇÃO DE	<input type="checkbox"/> EXPORTAÇÃO DE		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> medicamentos	<input type="checkbox"/> cosméticos/produtos de higiene	<input type="checkbox"/> drogas vegetais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> insumos	<input type="checkbox"/> produtos para a saúde	<input type="checkbox"/> saneante domissanitário
<input type="checkbox"/> FRACIONADORA			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> medicamentos	<input type="checkbox"/> cosméticos/produtos de higiene	<input type="checkbox"/> saneante domissanitário
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> insumos	<input type="checkbox"/> produtos para a saúde	
<input type="checkbox"/> ENVASADORA			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> de água mineral	<input type="checkbox"/> de gases medicinais	
<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO CLÍNICO			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> análises clínicas	<input type="checkbox"/> toxicologia veterinária	<input type="checkbox"/> análises médico-veterinárias
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> toxicologia
<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO ANALÍTICO			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> medicamentos	<input type="checkbox"/> cosméticos/produtos de higiene	<input type="checkbox"/> águas/efluentes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> insumos	<input type="checkbox"/> produtos para a saúde	
<input type="checkbox"/> POSTO DE COLETA			
<input type="checkbox"/> OUTROS (especificar): _____			

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\$ \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Representante Legal do Estabelecimento/Procurador