



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

