| Formulário Y<br>Revisão de Débitos | ____/____/____ Atendimento nº_____<br>Protocolo nº_____PF/PJ_____<br>_____ _____<br>Local Funcionário |
|---|---|

| Dados do **PROFISSIONAL** | Nº do CRF-RS: | |
|---|---|---|
| Nome: | CPF: | |
| Dados do **ESTABELECIMENTO** | Nº do CRF-RS: | |
| Razão Social: | CNPJ: | |
| Endereço: | Nº: | Compl.: |
| Bairro: | Município: | |

Requerimento de Revisão de Débitos, referente aos seguintes débitos:

_____
_____
_____
_____

por motivo de

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

*Estou ciente que a resposta será efetuada através de e-mail. Qualquer alteração referente aos dados descritos nesta solicitação será informada ao CRF-RS.

Local e data: _____, _____de _____de_____.

_____
Assinatura do Representante Legal do Estabelecimento/Farmacêutico

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.