



1) Número: _____ 2) Data do Protocolo: ____/____/____ 3) Data do Registro: ____/____/____
4) Faixa de Capital do Estabelecimento: _____ 5) Isento? _____
(preenchido pelo CRFMG)

6) Horário de Funcionamento: _____

7) Tipo de Pessoa Jurídica: *(use as opções abaixo)* _____

Farmácia; Farmácia Homeopática; Farmácia Homeopática e Alopática; Farmácia Hospitalar; Farmácia Privativa; Drogeria; Posto de Medicamentos; Distribuidora de Medicamentos; Distribuidora de Correlatos; Laboratório de Análises Clínicas; Laboratório de Análises Clínicas Hospitalar; Posto de Coleta; Laboratório de Controle de Qualidade; Indústria de Produtos Alimentícios; Indústria de Produtos Farmacêuticos; Indústria de Produtos Cosméticos; Outros

8) Razão Social: _____

9) Nome do Estabelecimento: _____

10) Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

11) CGC: _____ Insc. Estadual: _____

12) Tipo de Propriedade: () Individual () Sociedade Anônima () Entidade/Instituição () Sociedade Ltda.

() Estabelecimento Municipal () Estabelecimento Estadual () Estabelecimento Federal

13) Tipo de Estabelecimento: () Matriz () Filial c/ Matriz no Estado () Filial c/ Matriz em Outro Estado () Ent./Instituição

14) Capital da Matriz: _____ Capital da Filial: _____ Nº de registro da Matriz no CRF: _____

15) Telefone: (____) ____ - _____ Ramal: ____ Tipo ____ E-mail: _____

16) Sócio farmacêutico:

Nome: _____ CRF: _____ % Cotas: _____

Nome: _____ CRF: _____ % Cotas: _____

Nome: _____ CRF: _____ % Cotas: _____

Nome: _____ CRF: _____ % Cotas: _____

Nome: _____ CRF: _____ % Cotas: _____

17) Sócio não farmacêutico:

Nome: _____ CPF: _____ % Cotas: _____

Nome: _____ CPF: _____ % Cotas: _____

Nome: _____ CPF: _____ % Cotas: _____

Nome: _____ CPF: _____ % Cotas: _____

Nome: _____ CPF: _____ % Cotas: _____

18) Diretor Técnico:

Nome: _____ CRF: _____

Horário de Assistência: _____

19) R.T. Substituto:

Nome: _____ CRF: _____

Horário de Assistência: _____

20) R.T. Substituto:

Nome: _____ CRF: _____

Horário de Assistência: _____

Declaramos a veracidade das informações prestadas nos campos acima, cientes das consequências legais deste ato.

Assinatura do Proprietário: _____ Assinatura do Diretor-Técnico: _____

Assinatura do Farm. Substituto: _____ Data: ____/____/____