

**TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PARCERIA PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES  
E EVENTOS DE INTERESSE FARMACÊUTICO**

**Dados do Interessado**

Razão Social

Nome Fantasia

CNPJ

Endereço Completo

Telefone

Email

**Descrição das Atividades  
Exercidas**

O Interessado reconhece que o representante legal abaixo referido possui plenos poderes de representação, assumindo, para todos os fins legais, quaisquer responsabilidades decorrentes da assinatura deste Termo de Credenciamento.

O interessado declara que está ciente e dá plena concordância às condições contidas no edital.

Belo Horizonte, .... de .....201 .

Ass. \_\_\_\_\_

Nome do Representante Legal / Cargo /

CPF

**Preenchimento Exclusivo do  
CRF/MG**

Parecer da Análise Técnica: ( ) Aprovado ( ) Reprovado Ass.: \_\_\_Data\_\_\_/

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Parecer da Análise Jurídica: ( ) Aprovado ( )

Reprovado Ass.: \_\_\_\_\_Data\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Parecer da Diretoria: ( ) Deferido ( ) Indeferido

Ass.: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Presidente do CRF/MG – Farm. Yula de Lima Merola