

Pedido de análise especial para adesão ao Programa de Regularização

Senhor Presidente do CRFMG,

Considerando a **Deliberação 01/2017**, venho através deste, solicitar análise especial para adesão ao Programa de Regularização.

Nº de cadastro do estabelecimento no CRFMG: _____

Razão Social: _____

Farmacêutico Diretor técnico: _____

Nome do Representante legal: _____

e-mail: _____

Nº de leitos cadastrado no CNES: _____

Características do Hospital (média de ocupação, possui UTI, CTI , etc)

Justificativa do Pedido:

Anexar cópia dos documentos que comprovem a justificativa.

Proposta de assistência farmacêutica

Segunda feira	
Terça feira	
Quarta feira	
Quinta feira	
Sexta feira	
Sábado	
Domingo	

Atenciosamente,

Local e data

Assinatura e CPF do Representante legal do Hospital

Assinatura do Farm. Diretor Técnico/Assistente Técnico e nº de CRF/MG

Resultado da Análise do Grupo Técnico: _____
