



FORMULÁRIO Nº 13



REQUERIMENTO DE REGISTRO, CADASTRO OU REATIVAÇÃO DE EMPRESA

Todos os campos devem ser preenchidos de forma legível e sem rasuras.

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Pelo presente venho requerer o que abaixo discrimino, nos termos da Lei nº 3.820/1960 e Lei nº 6.839/1980:

REGISTRO DE EMPRESA CADASTRO SIMPLIFICADO REATIVAÇÃO DE REGISTRO

Dados do ESTABELECIMENTO:			Nº CRF-PJ:		
Razão Social:					
Nome Fantasia:			CNPJ:		
Endereço:					
			Nº	Compl.	
Bairro:		Cidade:		Estado:	
CEP:	Fone	Cel.:		E-mail:	

PREENCHER EM CASO DE UNIDADES PÚBLICAS COM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS:	
Razão Social (Gerente/Administrador/Terceiro/OS/Oscip):	CNPJ:

Assinalar o Ramo de Atividade:

<input type="checkbox"/> Almojarifado	<input type="checkbox"/> Farmácia Hospitalar
<input type="checkbox"/> Consultório _____	<input type="checkbox"/> Farmácia Privativa
<input type="checkbox"/> Distribuidora de _____	<input type="checkbox"/> Farmácia Privativa de Unidade de Saúde
<input type="checkbox"/> Drogeria	<input type="checkbox"/> Indústria de _____
<input type="checkbox"/> Farmácia de Manipulação Alopática	<input type="checkbox"/> Laboratório de Análises Clínicas
<input type="checkbox"/> Farmácia de Manipulação Alopática e Homeopática	<input type="checkbox"/> Transportadora de _____
<input type="checkbox"/> Farmácia de Manipulação Homeopática	<input type="checkbox"/> Outros: _____

Nestes termos, peço deferimento.

_____	,	de	de	
Cidade		Dia	Mês	Ano

Assinatura do sócio/Representante legal

Carimbo ou nome legível

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário