

## FICHA DE CADASTRO DA MATRIZ

Razão Social – Informe a razão social

Tipo de Sociedade – informe o tipo de sociedade, exemplo: Sociedade por cotas Limitada.

Nome Comercial – Informe nome comercial

CNPJ – Informe o número de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

Autorização ou Licença de funcionamento:

ANVISA – processo: XXXXX.XXXXXX/XXXX-XX ou

SMS/MUNICÍPIO/UF – n. CEVS: XXXXXXXXXXX-XXX-XXXXXX-X-X Val. DD/MM/AA

Inscrição no INSS (colocar o CNPJ) nº XX.XXX.XXX/XXXX-XX

Registro na Junta Comercial nº XXXXXXXXXXXXX em DD/MM/AA

### **Representante Legal – Nome completo**

CPF nº XXX.XXX.XXX-XX

Endereço – logradouro, número - Bairro

Município - UF

XXXXX-XXX (Número de CEP)

Telefone: (DD) XXXX-XXXX Fax: (DD) XXXX-XXXX

Endereço eletrônico – e-mail@dafarmacia.com.br

Espécie do estabelecimento – Farmácia/Drogaria

Horário de funcionamento – Exemplo: de segunda à sexta das 8:00 as 18:30hs e aos sábados das 8:00 as 12:00hs.

Responsável técnico – Nome do farmacêutico responsável - CRF-UF X.XXX

Farmacêutico Responsável pela operação do programa:

Nome do farmacêutico – CRF-UF X.XXX (número de registro)

Estabelecimento bancário – Escolha e coloque os dados do banco. Lembre que deverá ser ou Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal. O próprio Ministério irá abrir a conta para você. Escolha o Banco e agência de sua preferência. Caso em sua região não tenha agência destes bancos você poderá utilizar os bancos conveniados que são: Banrisul, Grupo Santander Banespa Meridional, Real, Banestes. Exemplo:

Banco do Brasil – 001

Agência XXXX-X - Jundiaí

Rua da Padroeira, XXX Centro

Município – UF

XXXXX-XXX (nro. CEP)

Forma de conexão com o Datasus – direta pelo estabelecimento

## FICHA DE CADASTRO DA FILIAL

Idêntica a ficha da Matriz. Você deverá preencher uma ficha para cada filial que for participar do programa. Logo você deverá ter um único RTA e tantas fichas quantas forem suas filiais.

Razão Social – **Informe a razão social**

Tipo de Sociedade – **informe o tipo de sociedade, exemplo: Sociedade por cotas Limitada.**

Nome Comercial – **Informe nome comercial**

CNPJ – **Informe o número de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica**

Autorização ou Licença de funcionamento:

**ANVISA – processo: XXXXX.XXXXXX/XXXX-XX (segue protocolo)**

**SMS/MUNICÍPIO/UF – n. CEVS: XXXXXXXXXXX-XXX-XXXXXX-X-X Val. DD/MM/AA**

**Inscrição no INSS (CNPJ) nº XX.XXX.XXX/XXXX-XX**

**Registro na Junta Comercial nº XXXXXXXXXXXX em DD/MM/AA**

### **Representante Legal – Nome completo**

**CPF nº XXX.XXX.XXX-XX**

**Endereço – logradouro, número - Bairro**

**Município - UF**

**XXXXX-XXX (Número de CEP)**

**Telefax: (DD) XXXX-XXXX Fax.: (DD) XXXX-XXXX**

**Endereço eletrônico – e-mailfilial@dafarmacia.com.br**

**Espécie do estabelecimento – Farmácia ou Drogeria**

**Horário de funcionamento – Exemplo - de segunda à sexta das 8:00 às 18:30hs e aos sábados das 8:00 às 12:00hs.**

**Responsável técnico – Nome do farmacêutico responsável - CRF-UF X.XXX**

**Farmacêutico Responsável pela operação do programa:**

**Nome do farmacêutico – CRF-UF X.XXX (número de registro)**

**Estabelecimento bancário – Banco do Brasil – 001**

**Agência XXXX-X - Jundiaí**

**Rua da Padroeira, XXX Centro**

**Município – UF**

**XXXXX-XXX (nro. CEP)**

**Forma de conexão com o Datasus – direta pelo estabelecimento**