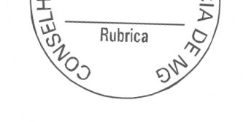


# CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS



Ilmo. (a) Senhor (a) Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais (CRF/ MG):

# DEFESA AO AUTO DE INFRAÇÃO

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RAZÃO SOCIAL:\* | | | | | CNPJ\*: | |
| ENDEREÇO:\* | | | | | | Nº:\* |
| CIDADE: | | | | Nº DE REGISTRO CRFMG:\* | | |
| Nº AUTO DE INFRAÇÃO:\* | | | | DATA DO AUTO DE INFRAÇÃO:\* | | |
| NOME DO REPRESENTANTE LEGAL\* | | | |  | | |
| CPF DO REPRESENTANTE LEGAL\* | | | |  | | |
| DOCUMENTOS EM ANEXO: | SIM (. ) | NÃO (. ) |  | | | |

**Obs.: Os campos com (\* ) são de preenchimento obrigatório. Todos os campos devem ser preenchidos com letra de forma ou legível.**

Vem apresentar a V. S.ª defesa ao Auto de Infração:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| , de de    -----------------------------------------------------------  Assinatura do Representante Legal igual identidade.\*  ENVIAR CÓPIA DA IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL\* |

Disponível em <https://www.crfmg.org.br/site/Informacoes/Requerimentos-e-Modelos>- (Fiscalização)

1

