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)

Sede
Rua Rodrigues Caldas, 493 - Santo Agostinho | CEP 30190-120 | Belo Horizonte - MG
Telefone: (31) 3218 1000 | www.crfmg.org.br