



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):

RECURSO AO CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA

RAZÃO SOCIAL:*		CNPJ:	
ENDEREÇO:*		Nº:*	
BAIRRO/CIDADE:		Nº DE REGISTRO CRFMG:	
Nº AUTO DE INFRAÇÃO:*		DATA DO AUTO DE INFRAÇÃO:*	
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 requerer a V. Sa. interposição de Recurso à notificação de multa junto ao Conselho Federal de Farmácia.

Belo Horizonte, ___ de _____ de _____.	
Assinatura do Representante Legal	Nome legível por extenso (Representante. Legal)

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