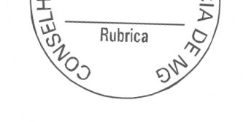


CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS



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:\* | | |
| 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 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 igual identidade\*  **Enviar cópia do documento de identidade**\* |

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

1

