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)

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