

Ao Ilmo (a). Sr (a):

Presidente do Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais.

Eu, \_\_\_\_\_,

Proprietário (a) do **Posto de Medicamentos**, registrado no CRF/MG sob o Número \_\_\_\_\_ situado à Rua \_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, vem, mui respeitosamente, requerer o **Certificado de Atividade Regular**, para o exercício de \_\_\_\_\_.

Termos em que pede e espera deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Local e data

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

**Contatos:**

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_