SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS – CRF/MG

Caro Senhor(a) Gerente do Setor de Fiscalização do
Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais – CRFMG

SOLICITAÇÃO CÓPIA DE PROCESO DE FISCALIZAÇÃO.

RAZÃO SOCIAL:*		
CNPJ*:	Nº REGISTRO CRFMG:*	
ENDEREÇO:		Nº:
BAIRRO:	CIDADE:*	
Nº(s) PROCESSO DE FISCALIZAÇÃO:*		
Nº(s) 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.
- No caso de representante, anexar procuração com firma reconhecida em cartório.

_____, ___de_____ de_____

_____ _____
Assinatura do Responsável Legal Nome legível por extenso

Disponível em www.crfmg.org.br > Informações > Requerimentos e Modelos > Fiscalização