

Ilmo(a). Sr(a):

Presidente do CRF-MG – CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA
BELO HORIZONTE – MG

Eu, _____,

Proprietário(a) do **Posto de Medicamentos**, registrado no CRF-MG sob o

nº _____ situado à rua _____

nº _____ Cidade _____ UF _____

Distrito _____, CEP _____,

venho, mui respeitosamente, requerer de V.Excia a renovação do

Certificado de Atividade Regular, para o exercício de _____.

Termos em que

Pede e espera deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO