



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

Ilmo. Sr. Presidente do
Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais – CRFMG

DEFESA AO AUTO DE INFRAÇÃO

RAZÃO SOCIAL:*		CNPJ:
ENDEREÇO:*		Nº:*
BAIRRO:*	CIDADE:*	
Nº AUTO DE INFRAÇÃO:*	DATA 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.

Vem apresentar a V. Sa. defesa ao Auto de Infração:

(Caso o espaço para redigir a defesa não seja suficiente, anexá-la a este formulário preenchido e assinado. Anexar documentos que comprovem ausência como atestado, declarações etc)

_____, ____ de _____ de _____	
_____ Assinatura do Representante Legal	_____ Nome legível por extenso (Rep. Legal)