



**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

**RECURSO AO CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA**

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 requerer a V. Sa. interposição de Recurso à notificação de multa junto ao Conselho Federal de Farmácia:


(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)

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal

Nome legível por extenso (Rep. Legal)