CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Ilmo. (a) Senhor (a) Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais (CRF/MG):

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:

_____, ___de_____ de_____
_____ _____
Assinatura do Representante Legal — Nome legível por extenso (Representante. Legal)

Disponível em https://www.crfmg.org.br/site/Informacoes/Requerimentos-e-Modelos - (Fiscalização)

Sede
Rua Rodrigues Caldas, 493 - Santo Agostinho | CEP 30190-120 | Belo Horizonte - MG
Telefone: (31) 3218 1000 | www.crfmg.org.br