

FORMULÁRIO Nº 08

SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.
- Em caso de recurso com apresentação de atestado, é imprescindível a observância da Deliberação nº 21/2016 do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo

REQUERIMENTO DE RECURSO

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Dados do ESTABELECIMENTO:

Razão Social:		Nº CRF-PJ:	
Nome Fantasia:		Ramo de Atividade:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
Cep:	Fone:	E-mail:	

Dados do PROFISSIONAL:

Nome:		Nº CRF-PF:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fone:	Celular:	E-mail:	

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

Recurso Auto de Infração Nº

Recurso Termo de Visita Nº

Recurso Ético Nº

Resposta de Ofício Nº

Recurso de Multa ao CFF – **Informar quantidade de folhas**

Recurso ao CFF – **Informar quantidade de folhas**

Recurso de indeferimento de CR

Outros (especificar):

	,	de	de
Cidade		Dia	Mês
			Ano

Assinatura do profissional

Assinatura do sócio / representante legal

Carimbo e / ou nome legível

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário

