



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Farmácia
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO CEARÁ



Senhor Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Ceará

Dados do **ESTABELECIMENTO**:

Razão Social:		Nº CRF-CE:	
Nome Fantasia		Ramo de Atividade:	
Endereço:		Nº	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone()	E-mail	

Dados do **PROFISSIONAL**:

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

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino

Defesa Auto de Infração Nº

Resposta de Ofício Nº

Recurso ao CFF Informar quantidade de folhas

Outros (especificar)

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



DEFESA

Obs: No caso de representante, anexar procuração.

Assinatura do profissional

Assinatura do sócio / representante legal

Carimbo e/ou nome legível

Carimbo e/ou nome legível