



# FORMULÁRIO Nº 19



**CRF SP**  
CONSELHO REGIONAL  
DE FARMÁCIA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO

## REQUERIMENTO DE RECURSO/DEFESA

Todos os campos devem ser preenchidos de forma legível e sem rasuras.

Em caso de recurso com apresentação de atestado, é imprescindível a observância da Deliberação CRF-SP nº 05/2021.

**RESSALTA-SE QUE PODERÁ SER VERIFICADA A VERACIDADE DO DOCUMENTO.**

**A APRESENTAÇÃO DE ATESTADO FALSO CARACTERIZA INFRAÇÃO ÉTICA E PENAL**

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

### Dados do ESTABELECIMENTO

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

### Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

- Defesa ao Termo de Inspeção/ Auto de Infração nº \_\_\_\_\_
- Recurso Termo de Visita nº \_\_\_\_\_
- Recurso de Multa ao CFF
- Recurso de indeferimento de Certidão de Regularidade

Tenho ciência que a resposta poderá ser encaminhada por e-mail ou via correio.

|        |     |     |     |
|--------|-----|-----|-----|
| _____  | de  | de  | de  |
| Cidade | Dia | Mês | Ano |

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sócio / representante legal

\_\_\_\_\_  
Carimbo ou nome legível

\_\_\_\_\_  
Carimbo ou nome legível

|                            |
|----------------------------|
| Documentos conferidos por: |
|                            |
| Assinatura do funcionário  |

