Formulário U Recurso de Decisão Processo Administrativo Fiscal (PAF) ao CFF	____/____/____ Atendimento nº _____ Protocolo nº _____PJ_____ _____ _____ Local Funcionário
Dados do **ESTABELECIMENTO**	Nº do CRF-RS:
Razão Social:	CNPJ:
Endereço:	Nº: Compl.:
Bairro: Município: CEP:	Telefone:
Dados do **REPRESENTANTE LEGAL**	Nº do CRF-RS:
Nome:	CPF:

Recurso à decisão proferida no Processo Administrativo Fiscal nº _____.

O recurso deverá ser interposto perante o Conselho Regional de Farmácia no qual tramita o processo administrativo fiscal, no prazo de 30 (trinta) dias, mediante o pagamento de porte de remessa e retorno dos autos, sob pena de deserto e não encaminhamento.

Há documentos em anexo? ☐ Não ☐ Sim: _____

RECURSO

Sr(a) Presidente do CRF-RS, solicita-se o encaminhamento deste ao Conselho Federal de Farmácia, para julgamento, pelos motivos expostos abaixo:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Local e data:_____, _____ de _____ 20 _____.

_____
Assinatura do representante legal do estabelecimento