



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO MARANHÃO

Rua dos Faveiros, Q. B – Nº 07 – São Francisco – Fone/Fax: 98-2107.3851

E-mail: confar@veloxmail.com.br – home page: www.crfma.org.br

65.075.270 – SÃO LUÍS – MA

REQUERIMENTO DE DEFESA DE AUTO DE INFRAÇÃO – 1ª INSTÂNCIA

Dados Pessoais

Nome: _____;

Residente à: _____,

Bairro: _____ CEP.: _____ Telefone: _____.

E-mail: _____;

Dados da Empresa

Firma (Razão Social): _____;

Nome Comercial: _____;

Endereço: _____;

Bairro: _____ CEP.: _____ CNPJ: _____;

Telefone (s): _____ E-mail: _____;

Auto de Infração Nº: _____ Data do Auto: _____;

Vem interpor Defesa pelos seguintes motivos / justificativas / descrição do Excelso julgador, _____

São Luís-MA, _____ de _____ de _____.

Assinatura