

FORMULÁRIO PADRÃO DE DEFESA DE AUTO DE INFRAÇÃO – 1ª INSTÂNCIA

**ILM^a. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO
MARANHÃO – (CRF-MA)**

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

jugador, _____

São Luís-MA, _____ de _____ de _____.

Assinatura

Sede CRFMA

Rua Faveiros, Quadra. B, número 7 - São
Francisco São Luís - MA CEP: 65075-270.

Fone:

(98) 2107-3850/2107-3851

Fax: (+55 98) 2107-3852

Atendimento ao público:

Segunda à sexta das 9h às 17h.

Seccional Imperatriz

Avenida Dorgival Pinheiro de Sousa,
n. 1163, sala 01 – Centro Imperatriz – MA
CEP: 65903-279.

Fone/Fax:

(99) 3221-8981 e 3221-8989

Atendimento ao público:

Segunda à sexta das 8h às 12h e 14h às 18h.

Seccional Balsas

Av. Catulo, n. 170 Equatorial Shopping
Center, 2º Piso - Sala 17, Balsas-MA CEP:
65800-000.

Fone:

(99) 3541-3891

Atendimento ao público:

Segunda à sexta das 14h às 18h.