REQUERIMENTO DE DEFESA DE AUTO DE INFRAÇÃO

Ilmo(a) Sr(a)
Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso – CRF-MT

DADOS DO AUTO DE INFRAÇÃO
Auto de Infração nº: de: / /
Fiscal Farmacêutico:

DADOS DO ESTABELECIMENTO FARMACÊUTICO:
Empresa Inscrita no CRF-MT sob o n.º Razão Social:
Nome Fantasia: CNPJ: . . / -
localizada no endereço: N.º: Bairro:
CEP: - na cidade de: do estado de MT

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL DO ESTABELECIMENTO FARMACÊUTICO:
Representada nesse instrumento pelo(a) Sr.(a): ,
Estado Civil: Nacionalidade: **Brasileiro(a)** , CPF: . . - Profissão:
RG: Órgão Exp.: UF: **MT** Data Exp.: / /
Residente no endereço: N.º: Bairro:
CEP: - na cidade de: no estado de: **MT**

Pelo presente instrumento, vem pleitear o cancelamento do auto de infração expedido no dia / / , pelo motivo a seguir:

DOS FATOS: (Relato do que ocorreu)

DOS PEDIDOS: (Descrever o deseja solicitar)

OBS: Caso desejar, poderá anexar ao requerimento, documentos comprobatórios para defesa.

Nestes termos pede deferimento do pedido.

Data / /

_____

Representante Legal Estabelecimento