



Este documento foi protocolado sob nº _____ **10**

Em ___/___/____.

Funcionário



REQUERIMENTO DE DEFESA AO AUTO DE INFRAÇÃO

1. DADOS DO FARMACÊUTICO (A)

Nome:	CRF/RR:
-------	---------

2. DADOS DO ESTABELECIMENTO

Razão Social:	CNPJ:
Nome fantasia:	Município:
Endereço:	CEP:
Bairro:	Fone:

3. IDENTIFICAÇÃO DO AUTO DE INFRAÇÃO:

Nº do Auto de Infração:	Data da Autuação:
Motivo da Autuação: () Estabelecimento em funcionamento sem a assistência do farmacêutico responsável técnico em horário homologado perante o CRF/RR; () Contratar Farmacêutico Responsável Técnico habilitado; () Contratar Farmacêutico Substituto/Assistente Técnico para suprir a carga horária exigida; () Registrar o Estabelecimento no CRF/RR.	

4. DEFESA

() Atestado Médico () atestado odontológico () Outros

Caso queira, transcreva neste espaço sua justificativa.

Boa Vista, ____ de _____ 20 ____.

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO (A)
(Nome completo e letra legível)

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (A)/RESP. LEGAL
(Nome completo e letra legível)