

### 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)**  
(Rubrica/ Nome por extenso somente com carimbo)

**ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (A)/RESP. LEGAL**  
(Rubrica/ Nome por extenso somente com carimbo)