

REQUERIMENTO DE DEFESA AO AUTO DE INFRAÇÃO

1. DADOS DO FARMACÊUTICO (A)

Nome:	CRF/MA:
-------	---------

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/MA;
- () Contratar Farmacêutico Responsável Técnico habilitado;
- () Contratar Farmacêutico Substituto/Assistente Técnico para suprir a carga horária exigida;
- () Registrar o Estabelecimento no CRF/MA.

4. DEFESA

Caso queira, transcreva neste espaço sua justificativa.

_____, de _____ de 20____.

Autorizo receber informações do CRF-MA, referente a esta solicitação, via: E-mail, Whatsapp, Ligação ou Correios.

Não autorizo receber informações do CRF-MA, referente a esta solicitação, via: E-mail, Whatsapp, Ligação ou Correios.

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

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