



FORMULÁRIO PARA DEFESA AO AUTO DO DE INFRAÇÃO

1. Identificação do Estabelecimento:

Razão Social:	Inscrição:
Nome Fantasia:	Município:
Endereço:	CNPJ:
Bairro:	Fone:

2. Identificação do Farmacêutico (a):

Nome:	CRF/RO:
-------	---------

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

4. DEFESA:

() Atestado Médico () Atestado Odontológico () Outros

ANEXAR DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA

Proprietário/Representante Legal:	Farmacêutico (a):
-----------------------------------	-------------------