FORMULÁRIO PARA DEFESA AO AUTO DO DE INFRAÇÃO

Identificação do Estabelecimento:

CNPJ:_____ Inscrição:_____

Razão Social:_____

Nome Fantasia:_____

Endereço:_____

Município:_____Bairro:_____

Fone:_____

Identificação do Farmacêutico (a):

Nome:_____Nº CRF/RO: _____

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

DEFESA:

☐Atestado Médico ☐Atestado ☐Odontológico ☐ Outros

ANEXAR DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA

_____

_____

_____

_____

Ass. Farmacêutico (a): Ass. Proprietário/Rep. Legal:

_____ _____