

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)

Sede CRFMA

Rua Faveiros, Qd. B, número 7 – São Francisco,
São Luís-MA
CEP: 65075-270.
Fone: (98) 99129-7749 e 99195-8542
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 9h às 17h

Seccional Imperatriz

Rua Alagoas, nº 516 – Juçara,
Imperatriz-MA
CEP: 65903-279.
Fone/Fax: (99) 3221-8981 e 3221-8989
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 8 às 12h e 14h às 18h.

Seccional Balsas

Rua Dr. Justo Pedrosa nº252. Galeria Scarton,
Sala 02 – Térreo, Balsas-MA
CEP: 65800-000.
Fone: (99) 3541-3891
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 8h às 12h e 14h às 18h.