**FORMULÁRIO PARA DEFESA AO AUTO DE INFRAÇÃO**

1. **Identificação do Estabelecimento:**

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

1. **Identificação do Farmacêutico (a):**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | CRF/AL: |

1. **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/AL;( ) Contratar Farmacêutico Responsável Técnico habilitado;( ) Contratar Farmacêutico Substituto/Assistente Técnico para suprir a carga horária exigida;( ) Registrar o Estabelecimento no CRF/AL. |
| **4. DEFESA:** |
| ( ) Atestado Médico ( ) Atestado Odontológico ( ) Outros |
|  |
| Proprietário/Representante Legal: |
| Farmacêutico (a): |

**ANEXOS: ( )SIM ( )NÃO**

Anexo a este requerimento \_\_\_\_\_\_ (Páginas) documentos que comprovam os argumentos apresentados a este RECURSO DE AUTO DE MULTA.

Maceió, \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_