

INFORMAÇÕES PARA A DEFESA DO AUTO DE INFRAÇÃO

1. A defesa deve ser formulada por escrito, apresentada em original, devidamente acompanhada dos documentos que comprovem as ocorrências e ser protocoladas junto à sede ou seccionais do CRF-PB ou postada pelos correios no prazo previsto no auto de infração, e deverá conter:
 - a. Requerimento Dirigido ao Presidente do Conselho Regional de Farmácia da Paraíba;
 - b. A qualificação do autuado;
 - c. Os motivos de fato e de direito em que se fundamenta;
 - d. A assinatura do proprietário ou representante legal da empresa ou estabelecimento com reconhecimento de firma em cartório e, quando for o caso, acompanhada de procuração.

2. Nos casos das autuações por a firma estar em atividades sem a presença do farmacêutico responsável técnico, a defesa deverá também conter a assinatura do farmacêutico responsável técnico que se encontrava ausente no momento da fiscalização, com firma reconhecida em cartório;
 - 2.1. No caso das defesas fundadas em questões de saúde, o atestado médico/odontológico deverá:
 - a. Ser apresentado em original ou cópia autenticada;
 - b. Não possuir qualquer rasura;
 - c. Data e horário da consulta e/ou atendimento;
 - d. Quando se tratar de atestado emitido por médico deverá estar de acordo com o que determina a Resolução nº 1.851/2008 do Conselho Federal de Medicina.

3. O CRF-PB observará se a justificativa à ausência do farmacêutico, apresentada na defesa, está enquadrada entre aquelas previstas na CLT para justificar ausência ao trabalho.

4. As defesas apresentadas fora do prazo fixado ou que não atendam os requisitos não serão aceitas, sem prejuízo da juntada das referidas informações ao processo.

Obs.: Segundo Art. 10, Item V da Resolução nº 566 de 06 de Dezembro de 2012 do Conselho Federal de Farmácia, deverá conter nesta defesa a assinatura do representante legal da empresa ou estabelecimento, que deverá anexar procuração, contrato social ou documento equivalente que conceda tais poderes, sob pena de não conhecimento.

DEFESA DO AUTO DE INFRAÇÃO

Ilmo(a) Sr(a). PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DA PARAÍBA

RAZÃO SOCIAL	CRF-PJ
--------------	--------

NOME DE FANTASIA	ENDEREÇO
------------------	----------

BAIRRO	CIDADE	CEP	TELEFONE
--------	--------	-----	----------

Vem por meio desta fazer a DEFESA de acordo com:

Nº do Auto de Infração	DATA / /	HORA :	FISCAL
------------------------	-------------	-----------	--------

FARMACEUTICO RESPONSÁVEL TÉCNICO	CRF-PF
----------------------------------	--------

Motivo:

Local e Data

Nome Legível do Proprietário
<hr/> Assinatura do Proprietário

Nome Legível do Farmacêutico
<hr/> Assinatura do Farmacêutico

Obs.: Segundo Art. 10, Item V da Resolução nº 566 de 06 de Dezembro de 2012 do Conselho Federal de Farmácia, deverá conter nesta defesa a assinatura do representante legal da empresa ou estabelecimento, que deverá anexar procuração, contrato social ou documento equivalente que conceda tais poderes, sob pena de não conhecimento.