



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS
DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO – CRF-TO

Comunicado de Ausência

Conforme prevê o **Plano Anual de Fiscalização 2019**, aprovado pela Deliberação nº 15/2018, Eu, _____ Farmacêutico(a), inscrito no CRF-TO sob nº _____, Responsável Técnico(a) na Firma/Razão Social _____, inscrita no CRF-TO sob o nº _____ e CNPJ nº _____, situada no endereço _____ na cidade de _____ INFORMO QUE ESTAREI AUSENTE das minhas atividades profissionais no período de ____/____/2019 a ____/____/2019, pelo seguinte motivo:

- () Cursos de qualificação, congressos, capacitação ou especialização (anexar comprovante);
- () Consulta médica/odontológica, exames médicos/odontológicos;
- () Licença médica ou maternidade (anexar Atestado);
- () Férias regulamentares de 30 dias (anexar Aviso de Férias);
- () Férias fracionadas (máximo 2 períodos de 15 dias cada – Anexar Aviso de Férias);
- () Folga Plantonista (Substituto): _____ N° CRF/TO: _____
- () Outros (especificar): _____

_____, TO ____/____/2019
Cidade

Assinatura e Carimbo do Farmacêutico Requerente

Base legal: Código de Ética Farmacêutica.
Resolução do CFF 596/13 artigo 13 parágrafo 2º e Plano Anual de Fiscalização 2019.