



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

COMUNICADO PRÉVIO DE AUSÊNCIA

Conforme prevê o **Plano Anual de Fiscalização 2020**, aprovado pela Deliberação nº 08/2019, 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 ____/____/2020 a ____/____/2020, pelo seguinte motivo:

- () Cursos de qualificação, congresso, capacitação ou especialização (Anexar comprovante de inscrição ou de matrícula);
- () Consulta/Exame/Atestado médico ou odontológico;
- () Licença Médica superior a 30 dias (Anexar atestado);
- () Licença Maternidade (Anexar atestado);
- () Férias regulamentadas de 30 dias (Anexar Aviso de Férias);
- () Férias fracionadas (Máximo por 2 períodos de 15 dias cada – Anexar Aviso de Férias);
- () Folga Plantonista – Substituto: _____ Nº inscr.: _____
- () Outros (especificar): _____

_____, TO ____/____/2020

Assinatura do Farmacêutico Requerente

Base legal: Código de Ética Farmacêutica.
Resolução do CFF 596/13 artigo 13 parágrafo 2º
e Plano Anual de Fiscalização 2020.