



**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO MARANHÃO**  
 Rua dos Faveiros, Q. B – Nº 07 – São Francisco – Fone/Fax: 98-2107.3851  
*E-mail: confar@veloxmail.com.br – home page: www.crfma.org.br*  
 65.075.270 – SÃO LUÍS – MA

**JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA**

**ILMO. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO MARANHÃO – (CRF-MA)**

Nome:.....

Endereço:.....

Nome do estabelecimento:.....

Endereço do estabelecimento:.....

Horário de assistência técnica no estabelecimento:.....

Venho por meio deste documento, justificar minha ausência no horário de Assistência no referido estabelecimento, .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nestes Termos  
 Pede Deferimento.

São Luís, .....de.....de.....

.....  
 assinatura