

REQUERIMENTO DE COMUNICADO DE AUSÊNCIA

1. DADOS DO FARMACÊUTICO (A)

Nome:	CRF/MA:
Endereço:	Bairro:
Município:	Fone:

2. DADOS DO ESTABELECIMENTO

Razão Social:	CNPJ:
Nome fantasia:	Município:
Endereço:	CEP:
Bairro:	Fone:

3. MOTIVO(S) DO AFASTAMENTO PROVISÓRIO:

- () Curso/Congresso
() Cirurgia Agendada/Licença Maternidade
() Consulta Médica/Exames/Tratamento
() Viagem
() Férias
() Outros (descrever):

PERÍODO DO AFASTAMENTO: _____

Observações:

- Anexar a este requerimento, documentos comprobatórios do afastamento requerido acima;
- Em caso de doença, óbito familiar, acidente pessoal, o farmacêutico deve protocolar comunicado no prazo de 5 dias após o afastamento, para ser avaliado pelo CRF/MA;

- Autorizo receber informações do CRF-MA, referente a esta solicitação, via: E-mail, Whatsapp, Ligação ou Correios.
 Não autorizo receber informações do CRF-MA, referente a esta solicitação, via: E-mail, Whatsapp, Ligação ou Correios.

São Luís, _____ de _____ de 20____.

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO (A) (Nome completo e letra legível)

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (A) (Nome completo e letra legível)

Sede CRFMA

Rua Faveiros, Qd. B, número 7 – São Francisco,
São Luís-MA
CEP: 65075-270.
Fone: (98) 99129-7749 e 99195-8542
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 9h às 17h

Seccional Imperatriz

Rua Alagoas, nº 516 – Juçara,
Imperatriz-MA
CEP: 65903-279.
Fone/Fax: (99) 3221-8981 e 3221-8989
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 8 às 12h e 14h às 18h.

Seccional Balsas

Rua Dr. Justo Pedrosa nº252. Galeria Scarton,
Sala 02 – Térreo, Balsas-MA
CEP: 65800-000.
Fone: (99) 3541-3891
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 8h às 12h e 14h às 18h.