

JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA

ILMO. SENHOR PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MARANHÃO - CRF-MA

_____, inscrito(a) no
CRF-MA, sob o nº _____, que presta assistência técnica ao estabelecimento (Nome de
Fantasia) _____

_____ da Firma/Instituição (Razão Social)

_____ localizado(a) _____
vem justificar a sua ausência durante inspeção do Departamento de Fiscalização do CRF-MA
realizada no dia ____/____/_____, às ____:____, por motivo de

_____, conforme documento comprobatório em anexo e
o respectivo Termo de Vista e/ou Auto de Infração.

Nestes Termos

Pede Deferimento.

São Luís, _____ / _____ / _____.

Assinatura/Carimbo

Obs.: De acordo com o artigo 6º da Res. 261/94 do CFF e o artigo 12 (§ 1º, 2º e 3º) da Res. 417/2004 do CFF, o prazo para o profissional farmacêutico comunicar o afastamento das atividades profissionais é de 05 (cinco) dias.

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.