|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA **ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CRF-RJ** | PROTOCOLO GERAL |
| N° - |
| DATA: / / |
| **Ilmo. Sr. Presidente do**  **Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro - CRF-RJ** | |  |
| FUNCIONÁRIO-CARIMBO |

|  |  |
| --- | --- |
| NOME DO FARMACÊUTICO: | CRF-RJ: |
| RAZÃO SOCIAL DO ESTABELECIEMENTO: | |
| ENDEREÇODO ESTABELECIMENTO: | |

Venho COMUNICAR AUSÊNCIA por motivos de saúde.

Data da ausência: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Número do Termo de Visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Fico ciente que:   1. É obrigatória a apresentação da documentação de atestado médico ao CRF-RJ |

Nestes termos, peço deferimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do RT

Análise da Justificativa conforme OS 94/2009 – atestado médico

Justificativa: Tempestiva

Intempestiva. Motivos:

Fora do prazo

Divergência de data

Rasura/adulteração

Ilegibilidade

Ilegalidade

Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Procedimento: Arquivar Sim Não