

REQUERIMENTO DE AFASTAMENTO PROVISÓRIO
(COMUNICAÇÃO OBRIGATÓRIA)*1. DADOS DO FARMACÊUTICO (A)**

Nome:,	CRF/RR:
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
☐ Férias
☐ Outros (descrever):

PERÍODO _____

Observações:

- Anexar a este requerimento, documentos comprobatórios do afastamento requerido acima;

Conforme:

- Deliberação 099/2022 - Art. 2º - Nos casos em que o afastamento for superior ao período de 30 (trinta) dias será obrigatório à contratação de farmacêutico substituto, sob pena de infração ao art. 24 da Lei Federal de nº 3.820/60, além das sanções previstas na legislação vigente.
- Resolução nº 724/2022 - Dispõe sobre o Código de Ética, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções ético disciplinares

Boa Vista, ____ de _____ 20____.

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO (A) (Nome completo e letra legível ou Rubrica com carimbo)**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL** (Nome completo e letra legível ou Rubrica com carimbo)**Obs.: Este documento não poderá ter rasuras nem espaços em branco**