



Este documento foi protocolado sob n° \_\_\_\_\_ **08**

Em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

Funcionário



**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  
( ) Viagem  
( ) Férias  
( ) outros (descrever):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PERÍODO \_\_\_\_\_

**Observações:**

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

Boa Vista, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

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

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL** (Nome completo e letra legível)