



<b>Formulário E</b> <b>Comunicação de Licença Maternidade/Saúde</b>		____/____/____ Atendimento nº _____	
		Protocolo nº _____	PJ _____
		Local _____	Funcionário _____
<b>Dados do PROFISSIONAL</b>			Nº do CRF-RS: _____
Nome: _____		CPF: _____	
<b>Dados do ESTABELECIMENTO</b>			Nº do CRF-RS: _____
Razão Social: _____		CNPJ: _____	
Endereço: _____		Nº: _____	Compl.: _____
Bairro: _____	Município: _____		
<b>Comunico a baixa da responsabilidade/assistência técnica, em decorrência da licença maternidade/saúde.</b>			
<b>Data do início da licença maternidade ou de saúde: ____/____/____</b>			
<b>Anexo o documento obrigatório:</b>		<b>Documentação adicional, se necessário:</b>	
<input type="checkbox"/> Atestado/laudo médico		<input type="checkbox"/> Certidão de nascimento	<input type="checkbox"/> _____
		<input type="checkbox"/> Comunicado benefício INSS	<input type="checkbox"/> _____
		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Declaro que todas as informações prestadas são verdadeiras e que, caso haja alguma inveracidade ou omissão nas informações prestadas, estou ciente das penalidades legais e éticas a que estou sujeito(a).

Para afastamentos superiores a 30 dias, o estabelecimento fica obrigado a regularizar a assistência farmacêutica necessária junto ao CRF-RS, sob pena de incorrer em infração ao artigo 24 da Lei Federal 3.820, de 11 de novembro de 1960, além das demais sanções previstas na legislação vigente.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional

**Atenção:** anexar a cópia do atestado/laudo da licença maternidade/ saúde.

