



<b>Formulário T</b>		____/____/____ Atendimento nº _____	
<b>Justificativa de Ausência Profissional</b>		Protocolo nº _____ PF _____	
		Local _____	Funcionário _____
<b>Dados do PROFISSIONAL</b>		Nº do CRF-RS: _____	
Nome: _____		CPF: _____	
<b>JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA PROFISSIONAL</b>			
Data da Inspeção Fiscal: ____ / ____ / _____		Termo de Inspeção: _____	
Há documentos anexos:		<input type="checkbox"/> Atestado	
		<input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Outros: _____	
<b>Dados do ESTABELECIMENTO</b>		Nº do CRF-RS: _____	
Razão Social: _____		CNPJ: _____	
Endereço: _____		Nº: _____	Compl.: _____
Bairro: _____	Município: _____		

Conforme o artigo 13º da Resolução CFF n.º 596/14:

Ofarmacêutico deve comunicar previamente ao Conselho Regional de Farmácia, por escrito, o afastamento temporário das atividades profissionais pelas quais detém responsabilidade técnica, quando não houver outro farmacêutico que, legalmente, o substitua.

§ 1º - Na hipótese de afastamento por motivo de doença, acidente pessoal, óbito familiar ou por outro imprevisível, que requeira avaliação pelo Conselho Regional de Farmácia, a comunicação formal e documentada deverá ocorrer em 5 (cinco) dias úteis após o fato.

§ 2º - Quando o afastamento ocorrer por motivo de férias, congressos, cursos de aperfeiçoamento, atividades administrativas ou outras previamente agendadas, a comunicação ao Conselho Regional de Farmácia deverá ocorrer com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

De acordo com a Nota Técnica do Conselho Federal de Farmácia de 31/07/2015:

"[...]O profissional deverá comunicar por escrito com antecedência, de 12 (doze) até 48 (quarenta e oito) horas, de acordo com as condições técnicas e administrativas do Órgão Regional, além de deliberação específica regulamentando o específico regulamento".

A justificativa de ausência deve atender os requisitos da Deliberação de Plenária nº 1.509/2016 (Disponível em [www.cfrs.org.br](http://www.cfrs.org.br), Transparência, Deliberações de Plenária).

<b>JUSTIFICATIVA</b>

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Farmacêutico