



**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CRF-RJ**

**Formulário 10**

Ilmo(a). Sr(a). Presidente do  
Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro - CRF-RJ

PROTOCOLO GERAL
Nº -
DATA: / /
FUNCIÓNÁRIO-CARIMBO

**COMUNICAÇÃO DE AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS  
DAS QUAIS DETÉM RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

NOME:	CRF-RJ Nº
ENDEREÇO:	

**EU, farmacêutico (a) acima qualificado (a), RESPONSÁVEL TÉCNICO (a) pelo estabelecimento:**

RAZÃO SOCIAL:
ENDEREÇO:

**Venho COMUNICAR que estarei AUSENTE do referido estabelecimento em (dia / mês / ano):**

**JUSTIFICATIVA:**

Motivos previstos na CLT	
<input type="checkbox"/> Casamento	<input type="checkbox"/> Convocação para participar de Júri
<input type="checkbox"/> Nascimento de filho, no decorrer da 1ª semana	<input type="checkbox"/> Testemunhas quando devidamente arroladas ou convocadas para depor
<input type="checkbox"/> Doação voluntária de sangue	<input type="checkbox"/> Para fins de se alistar eleitor
<input type="checkbox"/> Falecimento do cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa que, declarada em sua Carteira de Trabalho e Previdência Social, viva sob sua dependência econômica	<input type="checkbox"/> Cumprir as exigências do Serviço Militar referidas na letra "c" do art. 65 da Lei nº 4.375, de 17/08/1964 (Lei do Serviço Militar)
<input type="checkbox"/> Doença	<input type="checkbox"/> Férias
<input type="checkbox"/> Licença-maternidade	

Motivos devido a participação em eventos de interesse profissional, previstos na Resolução CFF 711/21	
<input type="checkbox"/> Congressos	<input type="checkbox"/> Seminários
<input type="checkbox"/> Cursos de aperfeiçoamento	<input type="checkbox"/> Reuniões na empresa
<input type="checkbox"/> Palestras	<input type="checkbox"/> Atividades administrativas
<input type="checkbox"/> Outras atividades (informar):	

<b>Outros Motivos (informar):</b>
-----------------------------------

Fico ciente que:

- É obrigatória a apresentação da documentação comprobatória ao CRF-RJ, que deve ser enviada por carta registrada (AR) dentro do prazo:
  - Com antecedência de no mínimo 1 (um) dia do afastamento, por motivo de férias, congressos, cursos de aperfeiçoamento, atividades administrativas ou outras atividades.
  - Até no máximo 5 (cinco) dias após o afastamento, por motivo de doença, acidente pessoal, óbito familiar, ou outro, a ser avaliado pelo CRF.
- Observação: no caso de afastamento motivado por doença, o farmacêutico ou seu procurador deverá apresentar também para a empresa ou instituição, na qual detém responsabilidade técnica, documento datado e assinado, justificando sua ausência, a ser comprovado por atestado, no prazo de 5 (cinco) dias.

Nestes termos, peço deferimento.

Neste ato, e para todos os efeitos específicos neste requerimento declaro, como TITULAR, estar ciente e de acordo em disponibilizar e autorizar o CRF/RJ, aqui denominado como CONTROLADOR, a dispor de meus dados pessoais. Os dados pessoais naturais coletados e tratados pelo CRF/RJ decorrem de uma obrigação legal prevista na Resolução CFF nº 638/2017 ou aquela que vier substituir, Lei nº 3820/1960 e artigos 5º inciso IV; 7º inciso II; 9º e 18º, todos os incisos, e 23º inciso I, todos da Lei 13709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados-LGPD). O período de armazenamento e eliminação observarão os dispositivos na Portaria nº 1331/2021, disponível no Portal da Transparência - Atos Normativos.

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

Assinatura do Farmacêutico (a)