



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

Formulário 12

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

PROTOCOLO GERAL
Nº -
DATA: / /
FUNCIÓNÁRIO-CARIMBO

NOME DO FARMACÊUTICO:	CRF-RJ:
RAZÃO SOCIAL DO ESTABELECIMENTO:	
ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO:	

Venho COMUNICAR AUSÊNCIA por motivos de saúde.

Data da ausência: ____ / ____ / ____

Número do Termo de Visita: _____

Fico ciente que:

1. É obrigatória a apresentação da documentação de atestado médico ao CRF-RJ

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.

Nestes termos, peço deferimento.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____

Assinatura do RT

Análise da Justificativa conforme OS 94/2009 – atestado médico; ou outra que vier substituí-la.

Justificativa: Tempestiva
 Intempestiva. Motivos:

Fora do prazo

Divergência de data

Rasura/adulteração

Ilegibilidade

Ilegalidade

Outros: _____

Procedimento: Arquivar

Sim

Não