# JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA DO FARMACÊUTICO

Ilmo(a) Sr(a). PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DA PARAÍBA

| FARMACEUTICO | CRF-PF |
|---|---|
| | |

Venho por meio desta JUSTIFICAR a minha ausência de acordo com:

| Nº do Termo de Visita/Verificação | DATA | HORA | FISCAL |
|---|---|---|---|
| | / / | : | |

Onde assumo a responsabilidade técnica pela firma:

| RAZAO SOCIAL | CRF-PJ |
|---|---|
| | |

| NOME DE FANTASIA | ENDEREÇO |
|---|---|
| | |

| BAIRRO | CIDADE | CEP | TELEFONE |
|---|---|---|---|
| | | | |

Motivo da Ausência:

| Local e Data | Assinatura do farmacêutico |
|---|---|
| | |