



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Instruções para o preenchimento do Formulário 2-A

O Formulário 2-A tem como finalidade a comunicação do profissional que ele irá se ausentar do estabelecimento dentro de um determinado período, somente o RT ou FS podem realizar comunicado de ausência. A imagem foi dividida de acordo com o esquema de cores para facilitar o entendimento.

FORMULÁRIO Nº 02 – A		Nº Emoc.
SEGUIR INSTRUÇÕES		
<ul style="list-style-type: none">• Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)• Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.		
COMUNICADO DE AUSÊNCIA		
Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP		
<p>Declaro sob as penas de lei que os dados abaixo são verdadeiros. Declaro ainda, estar em pleno gozo da minha capacidade civil, bem como ter bons antecedentes e gozar de boa reputação por minha conduta pública (Lei nº 6868, 03/12/1980).</p>		
Nome:		Nº CRF-PF
Endereço:	Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:
CEP:	Fone:	Cel.:
E-mail:		
DECLARAÇÃO		
Eu,		Nº CRF-PF
Farmacêutico (a) Responsável / Farmacêutico (a) Substituto (a) pela empresa:		
Razão Social:		Nº CRF-PJ
Endereço:	Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:
Venho por meio desta, declarar a V.Sa. que ficarei afastado (a) no período de: ___/___/___ a ___/___/___		
MOTIVO:		
Sem mais para o momento, subscrevo-me.		
		_____, de _____ de _____ de _____ Cidade Dia Mês Ano
Assinatura do profissional		Documentos conferidos por: Assinatura do funcionário
Carimbo e / ou nome legível		



Nome: 1		Nº CRF-PF 2	
Endereço: 3		Nº: 4	Compl. 5
Bairro: 6	Cidade: 7		Estado: 8
CEP: 9	Fone: 10	Cel.: 11	
E-mail: 12			

Na parte superior do formulário há instruções em relação ao preenchimento do formulário e a parte de requerimento, ou seja, indica o procedimento solicitado perante o CRF:

- 1 – Nome:** Preencher o nome completo do profissional farmacêutico;
- 2 – Nº CRF-PF:** Preencher o número de inscrição no CRF do profissional;
- 3 – Endereço:** Preencher o endereço residencial do profissional;
- 4 – Nº:** Preencher o número do endereço do profissional;
- 5 – Compl.:** Preencher o complemento do endereço, (apartamento, bloco, lote ou alguma outra informação). Se não houver, deixar em branco;
- 6 – Bairro:** Preencher o bairro do endereço residencial do profissional;
- 7 – Cidade:** Preencher a cidade do endereço residencial do profissional;
- 8 – Estado:** Preencher o Estado do endereço residencial do profissional;
- 9 – CEP:** Preencher o CEP do endereço residencial do profissional;
- 10 – Fone:** Preencher o número de telefone residencial do profissional;
- 11 – Celular:** Preencher o número de celular do profissional;
- 12 – E-mail:** Preencher o e-mail

A segunda parte deste formulário é a onde o profissional declara a sua ausência do estabelecimento, informando os dados.

DECLARAÇÃO

Eu, 1		Nº CRF-PF 2	
Farmacêutico (a) Responsável / Farmacêutico (a) Substituto (a) pela empresa:			
Razão Social: 3		Nº CRF-PJ 4	
Endereço: 5		Nº: 6	Compl. 7
Bairro: 8	Cidade: 9		Estado: 10
Venho por meio desta, declarar a V.Sa. que ficarei afastado (a) no período de: ____/____/____ a ____/____/____ 11			
MOTIVO: 12			

- 1 – Eu,:** O profissional coloca o seu nome completo no campo;



2 – Nº CRF-PF: O requerente preenche o número de inscrição no CRF do profissional;

3 – Razão Social: O requerente preenche a razão social do estabelecimento no qual é RT ou FS;

4 – Nº CRF-PJ: O requerente preenche o número de inscrição no CRF do profissional;

5 – Endereço: O requerente preenche o endereço do estabelecimento no qual é vinculado;

6 – Nº: Preencher o número do endereço do estabelecimento;

7 – Compl.: Preencher o complemento do endereço, (apartamento, bloco, lote ou alguma outra informação). Se não houver, deixar em branco;

8 – Bairro: É o bairro do endereço do estabelecimento requerente.

9 – Cidade: É a cidade do endereço do estabelecimento requerente.

10 – Estado: É o Estado do endereço do estabelecimento requerente. Deve-se preencher a sigla do Estado, no caso dos estabelecimentos inscritos no CRF é “SP”.

11 – Período: É o campo onde o requerente informa o período no qual ele ficará ausente do estabelecimento.

12 – Motivo: Neste campo, o requerente coloca a justificativa da ausência.

Nesta parte do formulário, deve-se colocar a assinatura do profissional a data da assinatura e local e a assinatura do funcionário do CRF-SP que analisou o processo.

Nestes termos, peço deferimento.

1

	,	de		de	
Cidade		Dia	Mês	Ano	

2

	Documentos conferidos por:
Assinatura do profissional	
Carimbo e / ou nome legível	3 Assinatura do funcionário

1 – Cidade e Data: Neste campo o requerente deve colocar a data do preenchimento do formulário e a cidade. Não são aceitos formulários em que a data seja futura à sua apresentação.

2 – Assinatura do profissional: É o campo onde o profissional deve assinar e escrever o nome legível ou carimbar.

3 – Documentos conferidos por: Este campo deve ser assinado pelo funcionário do CRF que realizou a análise dos documentos referentes ao procedimento solicitado. Quando o funcionário assina o documento, ele atesta que a documentação apresentada está de acordo com os procedimentos do CRF.