

**CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA DO ESTADO DO ESPIRITO SANTO  
REQUERIMENTO 15**

**JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA**

**Ilmo Sr. Presidente do CRF-ES**

Eu, Dr. (a): .....  
Registrado (a) no CRF-ES nº:..... Residente à .....  
..... Bairro: .....  
Município:..... CEP: .....  
Tel.: (    ) ..... Cel: (    ) ..... E-mail: .....

**Vem à augusta presença de Vossa Excelência, apresentar JUSTIFICATIVA DE  
AUSÊNCIA:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

....., .....de .....de 20.....

.....  
**ASSINATURA DO FARMACEUTICO**