

SOLICITAÇÃO DE VISTO

Ilmo (a) Senhor (a).
Presidente do Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais.

Eu Farmacêutico (a) _____
Solicito Visto, conforme previsto pela Resolução 638/17 do CFF para exercer atividade farmacêutica no Estado de Minas Gerais pelo período de até 90 dias.

Em anexo encaminho carteira de identidade profissional (**carteira marrom**).

Atenção

- O visto possui validade de **90** dias.
- Com o visto o farmacêutico pode trabalhar através da DAP, mas não pode ser Responsável Técnico pelo estabelecimento.

Favor colocar preencher todos os campos abaixo:

Endereço:			
Bairro:		Cidade:	Estado:
Cep:	Fone:	Cel.:	
Email:			

Atenciosamente,

_____, ____/____/____
Local e data

Assinatura/ CRFMG nº

Sede - Rua Urucuia, 48 Bairro-Floresta- Belo Horizonte CEP: 30150-060