

## SOLICITAÇÃO DE VISTO

Ilmo (a) Senhor (a).

Presidente do Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais.

Eu Farmacêutico (a) \_\_\_\_\_

CRF/ \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ .

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:		

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Local data

Atenciosamente,

---

Assinatura/ CRF nº

Sede - Rua Rodrigues Caldas, 493- Santo Agostinho- Belo Horizonte CEP: 30.190-120