



DOC. 03

Registro de Pessoa Jurídica

Alteração do Horário de Funcionamento

Dados do ESTABELECIMENTO

Razão Social:		Nº CRF-TO:	
Nome Fantasia:		CNPJ:	
Ramo de Atividade:			
Endereço:			
Nº:	Bairro:	Cidade:	Estado:
CEP:	Fone: ( )	Fone: ( )	Cel: ( )
E-mail:			

**DECLARAÇÃO DO HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO**

**Ilmo. (a) Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Tocantins – CRF-TO**

O representante legal, abaixo assinado, DECLARA ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-se-á à ação criminal pelo cometimento do crime de falsidade ideológica prevista no art. 299 do Código Penal Brasileiro, declarando ainda que, o horário de funcionamento é:

Segunda à sexta-feira		Sábado		Domingo	
Abertura	Fechamento	Abertura	Fechamento	Abertura	Fechamento

OBS: Só use o campo abaixo caso o estabelecimento feche para intervalo de almoço.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal