Fls._____

_____
Assinatura

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRF-TO

DOC. 03

☐ Registro de Pessoa Jurídica ☐ Alteração do Horário de Funcionamento

Dados do **ESTABELECIMENTO**

Razão Social:			Nº CRF-TO:
Nome Fantasia:			
CNPJ:			
Ramo da 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 debaixo caso o estabelecimento feche para intervalo de almoço.

_____, _____ de _____ de 20_____.
Cidade *dia* *mês* *ano*

_____
Assinatura por extenso do representante legal

:: *As assinaturas devem ser feitas por extenso. Em caso de rubrica deverá esta ter reconhecimento de firma* ::