

Fls.		

Assinatura SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS - CRF-TO **DOC. 13** Registro de Estabelecimento Público Alteração do Horário de Funcionamento Dados do ESTABELECIMENTO N° CRF-TO: Razão Social: Nome Fantasia: CNPJ: Endereço: Cidade: Nº: Bairro: Estado: CEP: Fone: (Fone: (Cel: () E-mail: Farmácia Básica Pública Laboratório de Análise Clínicas Farmácia Hospitalar Pública Unidade Transfusional / Banco de Sangue Farmácia Popular do Brasil Posto de Coleta Outros (especificar:) 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-feira Das às , e das : às : Terça-feira Das às às , e das Ouarta-feira Das às , e das às : Quinta-feira Das às , e das às Sexta-feira Das às , e das às Sábado Das às às , e das Domingo Das às , e das às : Exemplo: 08:00 de 20 de Cidade

Assinatura por extenso do representante legal