# SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRF-TO

Fls. Assinatura

# DOC. 13

|  |  |
| --- | --- |
| Registro de Estabelecimento Público | Alteração do Horário de Funcionamento |

Dados do **ESTABELECIMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| Razão Social: | Nº CRF-TO: |
| Nome Fantasia: |
| CNPJ: |
| Endereço: |
| Nº: | Bairro: | Cidade: | 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 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* ::