



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA
SETOR DE CADASTRO
FORMULÁRIO OFICIAL

FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO

Ilmo. Srº Presidente do

Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia – CRF-BA

NOME DO SOLICITANTE: _____

CNPJ _____._____._____._____-____

CRF-BA: _____

Solicita à Vossa Senhoria que se digne autorizar alteração de horário do estabelecimento:

RAZÃO SOCIAL _____.

Horário passará a ser:

Segundas a Sexta: Das ____ às ____ e das ____ às ____.

Sábado: Das ____ às ____ e das ____ às ____.

Domingo: Das ____ às ____ e das ____ às ____.

OU

| Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura

DECLARO verdadeiras às informações prestadas e estou ciente de que a omissão ou declaração falsa configura-se “ **crime de falsidade ideológica, previsto no Art 299:** Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir, ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser inscrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. **Penas** – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.