



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SERGIPE



ALTERAÇÃO DE HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA

Sr.(a) Presidente do CRF/SE – Conselho Regional de Farmácia de Sergipe

Eu, _____

Farmacêutico (a), Inscrito neste CRF/SE sob o nº _____, venho informar a V.S^a, que em virtude de _____

Estou modificando o meu horário de trabalho na empresa _____

que corresponde de segunda-feira a sexta-feira das _____ às _____ e das _____ às _____ e aos sábados e das _____ às _____ e das _____ às _____ e aos domingos das _____ às _____ e das _____ às _____, assim alterando esse horário para um atual que corresponderá de segunda-feira a sexta-feira das _____ às _____ e das _____ às _____ aos sábados das _____ às _____ e das _____ às _____ e aos domingos das _____ às _____ e das _____ às _____. Nesta firma, situada no endereço _____ no município de _____ neste Estado.

Obs: _____

Aracaju(SE), _____ de _____ de 20____

Sócio - Proprietário da Empresa

Farmacêutico



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SERGIPE



DECLARAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO E ASSISTÊNCIA

Sr.(a) Presidente do CRF/SE – Conselho Regional de Farmácia de Sergipe

Declaramos para os devidos fins que a empresa _____, De CNPJ: _____, situada no (a) _____ N° _____, bairro: _____, CEP: _____, Cidade: _____ Estado: _____, funciona de segunda-feira a sexta-feira das _____ às _____ e das _____ às _____ e das _____ às _____ e das _____ às _____. Sábado _____ às _____ e das _____ às _____ e domingo _____ às _____ e das _____ às _____. Com o responsável técnico _____ CRF/SE N° _____ no horário de assistência farmacêutica de segunda à sexta-feira de _____ às _____ e das _____ às _____, sábado _____ às _____ e das _____ às _____ e domingo _____ às _____ e das _____ às _____. Dividindo horário com a farmacêutico (a) _____ CRF/SE N° _____ com horário de assistência de segunda-feira a sexta-feira das _____ às _____ e das _____ às _____ sábado _____ às _____ e das _____ às _____ e domingo das _____ às _____ e das _____ às _____ dividindo como(a) farmacêutico(a) _____ CRF/SE nº _____ com horário de assistência de segunda-feira a sexta-feira das _____ às _____ e das _____ às _____ sábado _____ às _____ e das _____ às _____ e domingo das _____ às _____ e das _____ às _____ Dividindo horário de assistência com _____ CRF/SE nº _____ assistência de segunda a sexta com horário das _____ às _____ e das _____ às _____ sábado das _____ às _____ e das _____ às _____ e aos domingos das _____ às _____ e das _____ às _____ dividindo com o(a) farmacêutico(a) _____ CRF/SE nº _____ no horário de assistência das _____ às _____ e das _____ às _____ de segunda a sexta e aos sábados das _____ às _____ e das _____ às _____ e domingo das _____ às _____ e das _____ às _____ dividindo com o farmacêutico _____ CRF/SE nº _____ Com assistência das _____ às _____ e das _____ às _____ 2ª feira a 6ª feira, sábado das _____ às _____ e das _____ às _____ e domingo das _____ às _____ e das _____ às _____; dividindo com o farmacêutico _____ CRF/SE nº _____ com assistência de 2ª feira a 6ª feira de _____ às _____ e das _____ às _____, sábado das _____ às _____ e das _____ às _____, domingo das _____ às _____ e das _____ às _____.

Aracaju (SE), _____ de _____ de 20____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO