



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



ALTERAÇÃO DE HORÁRIO/ESTABELECIMENTO PÚBLICO

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 no estabelecimento público _____

que corresponde das _____ às _____ e das _____ às _____, assim alterando esse horário para um atual que corresponderá das _____ às _____ e das _____ às _____

Nesta farmácia, situada no endereço _____

_____ no município de _____ neste Estado.

Obs: _____

CRF/SE

Aracaju(SE), _____ de _____ de 20____

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE SERGIPE

Prefeito/Secretário de Saúde

Farmacêutico



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



DECLARAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO E ASSISTÊNCIA(PÚBLICO)

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

Declaramos para os devidos fins que o estabelecimento público

De CNPJ: _____, situada no (a) _____,

Nº _____, bairro: _____, CEP: _____,

Cidade: _____ Estado: _____, funciona de segunda a

sexta-feira, no horário de _____ às _____ e das _____ às _____, Sábado

_____ às _____ e domingo _____ às _____, pelo farmacêutico (Diretor

Técnico) _____ CRF/SE nº _____

com horário de assistência das _____ às _____ e das _____ às _____ de segunda-feira a

sexta-feira e das _____ às _____ e das _____ às _____ aos sábados _____ às _____ e

das _____ às _____ e aos domingos das _____ às _____ e das _____ às _____ dividindo

com o (a) farmacêutico (a) _____

CRF/SE nº _____ com horário de assistência das _____ às _____ e das _____ às _____ de

segunda-feira a sexta-feira e das _____ às _____ e das _____ às _____ aos sábados e das

_____ às _____ e das _____ às _____ e aos domingos das _____ às _____ e das _____ às _____.

Dividindo com o (a) farmacêutico (a) _____

CRF/SE nº _____ com horário de assistência das _____ às _____ e das _____ às _____

de segunda-feira a sexta-feira e das _____ às _____ e das _____ às _____ aos sábados

e das _____ às _____ e das _____ às _____ e aos domingos das _____ às _____ e das

_____ às _____. Dividindo com o (a) farmacêutico (a) _____

CRF/SE nº _____ com horário de assistência das _____ às _____ e das _____ às _____ de

segunda-feira a sexta-feira e das _____ às _____ e das _____ às _____ aos sábados e

aos domingos das _____ às _____ e das _____ às _____, Dividindo com o (a)

farmacêutico (a) _____ CRF/SE

nº _____ com horário de assistência das _____ às _____ e das _____ às _____ de

segunda-feira a sexta-feira e aos sábados das _____ às _____ e das _____ às _____ aos

domingos das _____ às _____ e das _____ às _____. Dividindo com o (a) farmacêutico

(a) _____ CRF/SE nº _____

com horário de assistência das _____ às _____ e das _____ às _____ de segunda-feira a

sexta-feira, aos sábados das _____ às _____ e das _____ às _____ e aos domingos das

_____ às _____ e das _____ às _____.

Aracaju(SE), ____ de _____ de 20__

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL