



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SERGIPE - CRF - SE

DECLARAÇÃO DE FUNCIONAMENTO ESTABELECIMENTO
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 _____.

Com o responsável técnico _____ CRF/SE N° _____

no horário de assistência farmacêutica de terça-feira de _____ às _____ e das _____ às _____, quinta e sexta das _____ às _____, sábado _____ às _____ e domingo _____ às _____.

Dividindo horário com a farmacêutico (a) _____ CRF/SE N° _____ com horário de assistência de segunda e quarta das _____ às _____ e terça das _____ às _____, sábado _____ às _____ e das _____ às _____ e domingo das _____ às _____, dividindo horário com a farmacêutico(a) _____ CRF/SE n° _____

com horário de assistência de segunda à sexta das _____ às _____ e das _____ às _____ sábado _____ às _____ e domingo das _____ às _____ e das _____ às _____; Dividindo horário com o(a) farmacêutico (a) _____ CRF/SE n° _____ com horário

de assistência de segunda à sexta das _____ às _____ e das _____ às _____ sábado das _____ às _____ e das _____ às _____ domingo das _____ às _____ e das _____ às _____.

Aracaju(SE), ____ de _____ de 20__

ASSINATURA DO PREFEITO OU SECRETÁRIO DE SAÚDE

OBS: ADVERTIMOS QUE A AUSÊNCIA DE VERACIDADE NAS DECLARAÇÕES ACIMA APOSTAS, IMPLICA EM CRIME PREVISTO NO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO.