



Serviço Público Federal  
Conselho Federal de Farmácia  
**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO CEARÁ**



SOLICITAÇÃO DE VISTO SERVIÇO PÚBLICO

**SEGUIR INSTRUÇÕES**

- Todos os campos devem ser preenchidos corretamente (com letra de forma / legível ou digitado).
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

**REQUERIMENTO DE:**

- Contratação de Farmacêutico Responsável Técnico
- Contratação de Farmacêutico Assistente Técnico
- Contratação de Farmacêutico Substituto

Alteração de Horário do Estabelecimento

Dados do **ESTABELECIMENTO:**

Razão Social (Ente Público):			Nº CRF-CE:		
Razão Social (Ente Federativo):			CNPJ:		
Nome Fantasia:			Ramo de Atividade:		
Endereço:					
			Nº		Compl.
Bairro:		Cidade:			Estado:
CEP:	Fone:	Cel.:		E-mail:	
Representante legal:				CPF	RG
Endereço:					
Bairro		Cidade	CEP	Telefone(s)	
E-mail:					

**DECLARAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO**

**Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Ceará - CRF - CE**

O proprietário/ representante legal abaixo, assina, 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:

<b>ROTINA:</b>	Horário de Abertura	Intervalo		Horário de Fechamento
SEGUNDA				
TERÇA				
QUARTA				
QUINTA				
SEXTA				
SÁBADO				
DOMINGO				

<b>PLANTÃO:</b>	Horário de Abertura	Horário de Fechamento
SEGUNDA		
TERÇA		
QUARTA		
QUINTA		
SEXTA		
SÁBADO		
DOMINGO		

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sócio / representante legal