

# FORMULÁRIO Nº 31 (PARTE EMPRESA)

## SEGUIR INSTRUÇÕES

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

## REQUERIMENTO DE RENOVAÇÃO DE CERTIDÃO DE REGULARIDADE OU ALTERAÇÃO DE HORÁRIO

Dados do ESTABELECIMENTO:

Razão Social:		Nº CRF-PJ:	
Nome Fantasia:		CNPJ:	
Ramo de Atividade:			
Endereço:			
		Nº	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone:	Cel.:	E-mail:

<b>Se Farmácia, manipula:</b>	<b>Alopatia</b>	<b>Homeopatia</b>
Caso o estabelecimento manipule apenas alopatia e passe a manipular fórmulas homeopáticas, o (s) farmacêutico (s) e representante legal abaixo assinado, comprometem-se a comunicar ao CRF-SP, bem como comprovar a especialização do profissional de acordo com as Resoluções do CFF.		

## DECLARAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO

**Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF- SP**

O proprietário/ representante legal, abaixo assinado, 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:

### ROTINA:

SEGUNDA  
TERÇA  
QUARTA  
QUINTA  
SEXTA  
SÁBADO  
DOMINGO

Horário de Abertura	Horário de Fechamento

### PLANTÃO:

SEGUNDA  
TERÇA  
QUARTA  
QUINTA  
SEXTA  
SÁBADO  
DOMINGO

Horário de Abertura	Horário de Fechamento

OBS:

	,	de	de
Cidade		Dia	Mês
			Ano

Assinatura do sócio / representante legal

Carimbo e /ou nome legível

Documentos conferidos por:
Assinatura do funcionário