

**FORMULÁRIO PADRÃO DE REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DE HORÁRIO**  
**ASSISTENCIA TÉCNICA**

**Ilmº. Sr. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Maranhão – CRF-MA.**

Nome:.....

Endereço:.....

.....

Razão Social:.....

Nome de Fantasia:.....

Endereço do estabelecimento:.....

.....

Horário de assistência técnica (**anterior**):.....

Venho por meio deste documento, alterar o meu horário de assistência técnica no referido estabelecimento.

**Novos horários:**

**Segunda a sexta-feira:**.....

**Sábado:**.....

**Domingo:**.....

Nestes Termos  
Pede Deferimento.

....., ..... de .....de 201..

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Farmacêutico (a) CRF/MA nº .....  
(com firma reconhecida)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal da Empresa  
(com firma reconhecida)

**Sede CRFMA**

Rua Faveiros, Quadra. B, número 7 - São Francisco São Luís - MA CEP: 65075-270.  
Fone:  
(98) 2107-3850/2107-3851  
Fax:(+55 98) 2107-3852  
Atendimento ao público:  
Segunda à sexta das 9h às 17h.

**Seccional Imperatriz**

Avenida Dorgival Pinheiro de Sousa, n. 1163, sala 01 – Centro Imperatriz – MA CEP: 65903-279.  
Fone/Fax:  
(99) 3221-8981 e 3221-8989  
Atendimento ao público:  
Segunda à sexta das 8h às 12h e 14h às 18h.

**Seccional Balsas**

Av. Catulo, n. 170 Equatorial Shopping Center, 2º Piso - Sala 17, Balsas-MA CEP: 65800-000.  
Fone:  
(99) 3541-3891  
Atendimento ao público:  
Segunda à sexta das 14h às 18h.