

**ALTERAÇÃO DE HORÁRIO: FIRMA e/ou FARMACÊUTICO**

Sr. (a) Presidente do CRF/MA,

O(s) abaixo assinado(s), por meio deste, REQUEREM e DECLARAM os horários de funcionamento e de assistência, conforme especificado abaixo:

<input type="checkbox"/> <b>Horário de Assistência Farmacêutica</b>	<input type="checkbox"/> <b>Horário de Funcionamento do Estabelecimento</b>
---	---

**Junto ao estabelecimento:**

Razão social:		CNPJ:
Nome fantasia:		Município:
Endereço:		CEP:
Bairro:	Fone:	e-mail:

**O (a) Profissional Farmacêutico (a):**

<input type="checkbox"/> <b>Diretor Técnico</b>	<input type="checkbox"/> <b>Assistente Técnico</b>	<input type="checkbox"/> <b>Substituto</b>
---	--	--

Nome:		CRF/MA nº:	
Naturalidade/U.F.:		Nacionalidade/U.F.:	
CPF:	R.G.:	Orgão Expedidor:	Data Exp.R.G.: / /
Endereço:			Bairro:
Município:	U.F.:	CEP:	Fone residencial:
Fone celular:		E-mail pessoal:	

**Horário de Assistência do Farmacêutico (Atual):**

Segunda-feira:	Das ____:____ h, às ____:____ h, e das ____:____ h, às ____:____ h
Terça-feira:	Das ____:____ h, às ____:____ h, e das ____:____ h, às ____:____ h
Quarta-feira:	Das ____:____ h, às ____:____ h, e das ____:____ h, às ____:____ h
Quinta-feira:	Das ____:____ h, às ____:____ h, e das ____:____ h, às ____:____ h
Sexta-feira:	Das ____:____ h, às ____:____ h, e das ____:____ h, às ____:____ h
Sábado:	Das ____:____ h, às ____:____ h, e das ____:____ h, às ____:____ h
Domingo:	Das ____:____ h, às ____:____ h, e das ____:____ h, às ____:____ h

**Horário de Funcionamento do Estabelecimento (Atual):**

Segunda a Sexta-feira:	Das ____:____ h, às ____:____ h, e das ____:____ h, às ____:____ h
Sábado:	Das ____:____ h, às ____:____ h, e das ____:____ h, às ____:____ h
Domingo:	Das ____:____ h, às ____:____ h, e das ____:____ h, às ____:____ h

- Autorizo receber informações do CRF-MA, referente a esta solicitação, via: E-mail, Whatsapp, Ligação ou Correios.  
 Não autorizo receber informações do CRF-MA, referente a esta solicitação, via: E-mail, Whatsapp, Ligação ou Correios.

**Nestes termos, pede deferimento,**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Ass. Farmacêutico (a):	Ass. Proprietário/Rep. Legal:
------------------------	-------------------------------