



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA
SETOR DE CADASTRO**

FORMULÁRIO OFICIAL

**FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE HORÁRIO DE
ASSISTÊNCIA DO FARMACÊUTICO NO ESTABELECIMENTO**

Ilmo. Srº Presidente do

Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia – CRF-BA

NOME DO SOLICITANTE: _____

Nº DE INSCRIÇÃO: _____

Solicita à Vossa Senhoria que se digne autorizar alteração de horário de assistência farmacêutica no estabelecimento _____

do qual sou responsável:

Responsável técnico Diretor técnico (Titular)

Farmacêutico Assistente Técnico

Farmacêutico Substituto (Ferista/Plantonista/Licenças)

Horário de assistência passará a ser:

Segundas a Sexta: Das ____ às ____ e das ____ às ____.

Sábado: Das ____ às ____ e das ____ às ____.

Domingo: Das ____ às ____ e das ____ às ____.

OU

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura

DECLARO verdadeiras às informações prestadas e estou ciente de que a omissão ou declaração falsa configura-se “ **crime de falsidade ideológica, previsto no Art 299, do Código Penal Brasileiro** e infração ética, prevista na RES. 461/2007. **Artigo 299:** Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir, ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser inscrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. **Pena** – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.