



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ E AMAPÁ

TERMO DE COMPROMISSO DA EMPRESA

O abaixo assinado, Sr.(a) _____,
residente à (ao) _____
nº _____ bairro _____ cidade _____ no estado do Pará.
Portador do RG _____ SSP/_____, CPF _____ representante legal da
(nome fantasia) _____ Razão social
_____ sito à (ao)

fone: _____ bairro: _____, na cidade de
_____ UF: _____, declara que o presente estabelecimento funcionará nos seguintes
horários: 2ª à 6ª: _____ / Sábado: _____
Domingo: _____ / Feriado _____.

Declaro ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-me-á a ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica” previsto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

_____, _____ de _____ de _____

ASSINATURA

carimbo do CNPJ da Empresa