



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO MARANHÃO
Rua dos Faveiros, Q. B – Nº 07 – São Francisco – Fone/Fax: 98-2107.3851
E-mail: confar@veloxmail.com.br – home page: www.crfma.org.br
65.075.270 – SÃO LUÍS – MA

FORMULÁRIO PADRÃO DE TERMO DE COMPROMISSO DE EMPRESA
(a ser preenchido e assinado pelo representante legal da empresa)

TERMO DE COMPROMISSO

O abaixo assinado, Sr(a).....
residente à Rua
nº.....Bairro.....portador do RG.....
SSP/....., CPF:.....Representante legal da Empresa
(Razão Social):.....
Nome de Fantasia.....sito à Rua
..... Nº Bairro.....
na cidade de.....UF....., declara que o presente
estabelecimento funcionará nos seguintes horários:

Segunda a Sexta-feira _____:_____ / _____:_____ / _____:_____ / _____:_____
Sábado _____:_____ / _____:_____ / _____:_____ / _____:_____
Domingo _____:_____ / _____:_____ / _____:_____ / _____:_____

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

Carimbo do CNPJ da Empresa.

São Luis, _____ de _____ de _____

.....
assinatura