

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE FUNDO DE ASSISTÊNCIA

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Rondônia,

Ilmos. Membros da Comissão de Fundo de Assistência Profissional do CRF-RO,

Nome do Profissional: _____ CPF: _____ Nº CRF-RO: _____ O(a) referido(a) profissional, ou seu representante legal, solicita benefício ao Fundo de Assistência, de acordo com os critérios definidos na Deliberação 31/2021 CRF/RO.

JUSTIFICATIVA:

Tipo de Auxílio Preterido: () Mensal () Prestação Única () Prestação Única/Auxílio Funeral

Doença incapacitante/Enfermidade: _____

Afastamento pelo INSS: () SIM () NÃO

(Se sim, data início concessão: _____ Data final: _____)

Último vínculo profissional: _____ Função: _____
Salário bruto: _____ Data inicial registro: _____ *Data final registro: _____

*Se o contrato estiver ativo, deixar sem preencher

_____, ____ de _____ de _____.

DECLARO ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-se-á à ação criminal pelo cometimento do crime de "falsidade ideológica", prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileiro. Observação:

No caso de representante legal, anexar procuração.

Assinatura do profissional ou do (a) procurador(a)

OUTROS DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS:

- Declaração do imposto de renda do ano anterior (do interessado e de todos que compõem a renda familiar) ou Declaração de Isento: cópia simples;
- Perícia que deferiu/indeferiu o benefício INSS: cópia simples Comprovante de recebimento INSS dos últimos 3 meses: cópia simples;
- Relatório médico (contendo o CID, o tipo e a duração prevista do tratamento e a informação se a incapacidade é total ou parcial, de forma permanente ou transitória emitido a menos de 30 dias do requerimento): cópia simples
- Procuração: Caso a solicitação seja protocolada por procurador esse deverá apresentar procuração com firma reconhecida, autenticada em cartório, atualizada e específica ao CRF-RO. O procurador deverá apresentar o RG para conferência da assinatura.

***Atenção:** A assinatura nos formulários deverá estar exatamente igual à do RG ou CNH.

Data de recebimento dos documentos: _____

Assinatura do funcionário: _____