



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA - CRF - BA

DELIBERAÇÃO PLENÁRIA N. 538/2023

18 DE SETEMBRO DE 2023

Institui o Regulamento do Fundo de Assistência Profissional no âmbito do Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia, e dá outras providências.

O CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA – CRF/BA, no uso das suas atribuições legais e regimentais, reunido em Plenária, no dia 18 de setembro de 2023:

Considerando o disposto no artigo 27, §§ 1º e 2º, da Lei Federal nº 3.820/1960, que estabelece a formação de um fundo de assistência pelos Conselhos Regionais de Farmácia, aos seus membros necessitados, quando inválidos ou enfermos, cumulado com os artigos 2º e 6º, alínea “g”, da referida lei;

Considerando a Resolução nº 748, de 26 de maio de 2023, do Conselho Federal de Farmácia – CFF,

RESOLVE:

Art. 1º. Aprovar o Regulamento do Fundo de Assistência Profissional do Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia – CRF/BA, conforme estabelecido nos Anexos desta deliberação plenária.

Art. 2º. Esta deliberação plenária entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições contrárias, em especial a Deliberação Plenária nº 448/2019.

MÁRIO MARTINELLI JÚNIOR

Presidente do CRF/BA

ANEXO I – Regulamento do Fundo de Assistência Profissional do CRF/BA

CAPÍTULO I - Da Finalidade e Conceitos

Art. 1º. O Fundo de Assistência Profissional do Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia – CRF/BA, criado nos termos do que dispõem os §§ 1º e 2º do artigo



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA - CRF - BA

27 da Lei nº 3.820/1960, destina-se à assistência de seus membros inscritos que se enquadrem na definição de necessitados e, simultaneamente, na de enfermos ou inválidos.

Parágrafo único. Para os efeitos deste regulamento, serão adotados os seguintes conceitos:

I. Inválido ou Enfermo: indivíduo impossibilitado de trabalhar, temporária ou permanentemente, em virtude de doença incapacitante, devidamente comprovada por meio de relatório, laudo ou perícia médica;

II. Necessitado: aquele que não dispõe de recursos para prover as necessidades básicas da vida relacionadas à alimentação básica, saúde e moradia, e nem de tê-las providas por sua família, nos termos do §1º do artigo 20 da Lei Federal nº 8.742/1993.

Art. 2º. Poderão ser beneficiados pelo Fundo de Assistência Profissional, os profissionais elencados no artigo 14, da Lei Federal nº 3.820/1960, desde que:

- a) não esteja eliminado, suspenso ou legalmente impedido do exercício da profissão;
- b) não exerça atividade remunerada, inclusive na condição de microempreendedor individual.

CAPITULO II - Da Constituição Orçamentária e Benefícios

Art. 3º. O Fundo de Assistência Profissional do CRF/BA será constituído por:

I. Dotação Orçamentária, nos termos dos §§ 1º e 2º do artigo 27 da Lei nº 3.820/1960.

II. Doações ou legados.

§1º. Os benefícios previstos neste regulamento estão limitados à disponibilidade orçamentária do CRF/BA.

§2º. Deverá ser aberta conta contábil específica para a gestão financeira do Fundo de Assistência Profissional do CRF/BA.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA - CRF - BA

Art. 4º. O Fundo de Assistência Profissional do CRF/BA poderá conceder aos profissionais descritos no artigo 1º deste regulamento, o benefício de Auxílio Mensal, que se constitui em auxílio de natureza pecuniária, não reembolsável, que visa atender aos profissionais, total ou parcialmente, de forma transitória e a título precário.

Parágrafo único. O benefício concedido é passível de revogação a qualquer momento, desde que a decisão seja motivada.

Art. 5º. O Auxílio Mensal deverá ser deferido por prazo determinado, sendo limitado aos prazos máximos indicados nos §§ 1º e 2º abaixo, sem prejuízo de novas solicitações, mediante preenchimento dos requisitos estabelecidos nesta Deliberação e análise da Comissão de Fundo de Assistência.

§1º. O profissional impossibilitado de trabalhar temporariamente deverá ter o benefício concedido por, no máximo, 3 (três) meses.

§2º. O profissional impossibilitado de trabalhar permanentemente deverá ter o benefício concedido por, no máximo, 6 (seis) meses.

Art. 6º. Os pedidos de auxílio serão inicialmente instruídos com os seguintes documentos, apresentados pelo requerente:

I. Formulário - Solicitação de Fundo de Assistência Profissional: fornecido pelo CRF/BA, preenchido de forma clara e completa (modelo no Anexo II);

II. Formulário de Renda Familiar: fornecido pelo CRF/BA, preenchido de forma clara e completa, especificando os respectivos salários, pensões ou proventos de todos os componentes que residam no mesmo endereço, inclusive do interessado (modelo no Anexo III);

III. Formulário - Relação de Despesas: fornecido pelo CRF/BA, preenchido de forma clara e completa, visando atestar a situação sócio econômica; todas as despesas citadas (exemplo de despesas: medicamentos, exames em geral, atendimento médico hospitalar, planos de saúde, condomínio, aluguel, luz, água, gás, IPTU, telefone e outros) devem estar acompanhadas de cópias dos respectivos comprovantes, nota fiscal ou recibo de pagamento, com a devida identificação do emitente/recebedor, CPF ou CNPJ, e devem ser referentes aos últimos 3 (três) meses (modelo no Anexo IV);



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA - CRF - BA

IV. Cópia da Declaração do Imposto de Renda do ano anterior ao pedido do interessado e de todos os que compõem a Renda Familiar, acompanhada do respectivo recibo de entrega à Receita Federal;

V. Declaração de Isento, referente ao ano anterior ao pedido, caso o requerente ou um dos componentes da Renda Familiar seja isento do recolhimento do Imposto de Renda, firmada sob as penas do art. 299 do Código Penal Brasileiro;

VI. Cópia do 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;

VII. Cópia da perícia que deferiu ou indeferiu o benefício, e do comprovante de recebimento de benefício, dos três últimos meses, contendo o valor concedido, caso seja beneficiário do INSS;

VIII. Cópia atualizada da carteira de trabalho, se tiver esse documento.

§1º. Para fins da análise da situação sócio econômica somente serão consideradas as despesas que forem devidamente comprovadas e nas quais constem o nome do requerente ou de seus dependentes especificados no Imposto de Renda ou dos componentes da Renda Familiar.

§2º. Se o profissional requerente estiver impedido de comparecer ao CRF/BA para solicitar o auxílio, poderá enviar representante munido de procuração com firma reconhecida.

§3º. Na falta de um dos documentos listados neste artigo, bem como acaso entenda necessária uma melhor instrução, a Comissão de Fundo de Assistência poderá solicitar que sejam apresentados outros documentos para comprovar a situação do requerente.

Art. 7º. No auxílio mensal, se houver a necessidade de prorrogação do prazo, esta deverá ser devidamente comprovada, sendo que o beneficiário deverá entregar em até 60 (sessenta) dias antes do término de seu benefício os mesmos documentos descritos no artigo 6º, atualizados.

Art. 8º. A Comissão de Fundo de Assistência Profissional poderá a qualquer momento solicitar documentos complementares e/ou a apresentação dos originais para confrontação ou qualquer outro esclarecimento que julgar necessário.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA - CRF - BA

Art. 9º. As solicitações protocoladas instruirão um processo próprio, no qual serão arquivados todos os documentos protocolados pelo requerente acerca do tema, atas das reuniões, alterações, pedidos de prorrogações, e quaisquer outros documentos que forem julgados convenientes.

§1º. O processo, devidamente instruído, será encaminhado para a Comissão do Fundo de Assistência analisar se todos os requisitos foram preenchidos e se o requerimento está apto ao deferimento.

§2º. Constatado que o requerente preenche os requisitos mínimos para o deferimento do pedido, a Comissão do Fundo de Assistência (ou colaborador designado) deverá realizar visita ao requerente, para elaboração de relatório sobre a situação fática, indicando o período de concessão do benefício e o valor, nos moldes do artigo 12.

§3º. Com a documentação entregue pelo requerente e o relatório da Comissão do Fundo de Assistência, o pedido será encaminhado para o Setor de Contabilidade informar a disponibilidade orçamentária, em seguida o processo será encaminhado para a Procuradoria Jurídica emitir parecer e, depois, será submetido ao Plenário do Regional, o qual deliberará sobre a aprovação, ou não, do pedido, bem como o eventual valor e periodicidade, nos moldes do artigo 12.

Art. 10. A avaliação mediante visita poderá ser realizada sempre que necessário, sendo também obrigatória nos pedidos de prorrogação da concessão.

Art. 11. O valor do benefício a ser pago será limitado até, no máximo, o correspondente a 3 (três) salários mínimos nacional.

Art. 12. Aprovada a requisição pela Comissão do Fundo de Assistência, conforme a necessidade financeira comprovada (renda comparada com despesas comprovadas), o pedido poderá ser deferido pelo Plenário do CRF/BA, através da análise circunstancial do caso concreto, em uma das faixas a seguir:

I. Faixa 1: correspondente a 1 (um) salário mínimo nacional;

II. Faixa 2: correspondente a 2 (dois) salários mínimos nacional;

III. Faixa 3: correspondente a 3 (três) salários mínimos nacional.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA - CRF - BA

Art. 13. Ao profissional que possua mais de uma fonte de renda, de qualquer natureza, a concessão do benefício deverá ser feita da seguinte forma proporcional:

I – Os profissionais que tenham renda de até 1 (um) salário mínimo poderão receber o benefício até a faixa 3 (três).

II - Os profissionais que tenham renda de até 3 (três) salários mínimos poderão receber o benefício até a faixa 2 (dois).

III - Os profissionais que recebem acima de 3 (três) salários mínimos poderão receber o benefício na faixa 1 (um).

§1º. No caso dos incisos II e III, a Plenária poderá conceder o benefício na faixa de maior valor, desde que devidamente fundamentado.

§2º. O valor do benefício a ser concedido dependerá da disponibilidade orçamentária do Regional, a ser verificada a partir de parecer emitido pelo Setor de Contabilidade, conforme art. 9º, §3º desta deliberação plenária.

Art. 16. O CRF/BA poderá rever, a qualquer momento, os benefícios concedidos ou suspendê-los, de imediato, se apurada qualquer irregularidade, desvio de finalidade, mudança de condição sócio-econômica, omissão, informação falsa ou contraditória, bem como outro fato que torne viciado o benefício concedido.

§1º. Em caso de cancelamento do benefício, o profissional será comunicado imediatamente, com apresentação da respectiva justificativa.

§2º. Os benefícios serão imediatamente interrompidos quando constatado o cancelamento da inscrição ou identificado o óbito do profissional, ocorrências estas que serão verificadas mensalmente, pelo Departamento Financeiro e Contábil.

§3º. O CRF/BA deverá ser comunicado imediatamente pelos familiares ou responsáveis em caso de óbito do beneficiário.

§4º. Em caso de recebimento indevido por parte de familiares ou responsáveis pelo beneficiário, os valores deverão ser ressarcidos ao CRF/BA, sob pena de responsabilização judicial.

Art. 17. Os casos omissos serão resolvidos pelo Plenária do CRF/BA.

Rua Dom Basílio Mendes Ribeiro, 127 - Ondina - CEP 40170-120 - Salvador - Bahia
Site: www.crf-ba.org.br



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA - CRF - BA

ANEXO II

FORMULÁRIO Nº I

SEGUIR INSTRUÇÕES

Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)
Não serão aceitos formulários fora do padrão ou com rasuras.

SOLICITAÇÃO DE FUNDO DE ASSISTÊNCIA

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do estado de da Bahia – CRF/BA

Dados do PROFISSIONAL:

Nome:

CRF nº

SOLICITAÇÃO:

Doença incapacitante/enfermidade:

(Apresentar relatório médico contendo CID, tipo e duração do tratamento, e se a incapacidade é total ou parcial, de forma permanente ou transitória)

Afastado pelo INSS () SIM () NÃO

Data do início da concessão: Data final:

(Apresentar carta de concessão/perícia INSS)

Último vínculo profissional:

Função: Salário:

Data inicial registro: Data final registro:

Se o contrato estiver ativo, deixar sem preencher (apresentar fotocópia da CTPS)

Obs.: No caso de representante, anexar procuração.

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 artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

Cidade e data:

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário:

Assinatura do profissional:

Carimbo e/ou nome legível:

Assinatura do procurador:

Carimbo e/ou nome legível:



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA - CRF - BA

ANEXO III

FORMULÁRIO Nº II

SEGUIR INSTRUÇÕES

Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)

Não serão aceitos formulários fora do padrão ou com rasuras.

SOMENTE DEVEM SER LISTADAS AS DESPESAS QUE ESTIVEREM ACOMPANHADAS DOS DEVIDOS COMPROVANTES E DEVENDO SER REFERENTES AOS ÚLTIMOS 03 (TRÊS) MESES; TODOS COM IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE E COM O NOME OU CPF DO RECEBEDOR.

FORMULÁRIO RELAÇÃO DE DESPESAS

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do estado de da Bahia – CRF/BA

Dados do PROFISSIONAL:

Nome:

CRF nº

DESPESA	VALOR
Aluguel	
Água	
Luz	
Condomínio	
Gás	
IPTU	
Telefone	
Medicamentos	
Convênio Médico	
Exames laboratoriais e clínicos	
Atendimento Hospitalar	
Outras Despesas (especificar nas observações)	

*ANEXAR TODOS OS COMPROVANTES

Observações:



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA - CRF - BA

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 artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

Cidade e data:

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário:

Assinatura do profissional:

Carimbo e/ou nome legível:

Assinatura do procurador:

Carimbo e/ou nome legível:

ANEXO IV

FORMULÁRIO N° III

SEGUIR INSTRUÇÕES

Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)

Não serão aceitos formulários fora do padrão ou com rasuras.

FORMULÁRIO RENDA FAMILIAR

I - IDENTIFICAÇÃO:

Nome:		
Sexo: M () F ()	Nascimento: ___ / ___ / ____	Estado Civil:
RG:	CPF:	Naturalidade:
Telefone / Celular – com DDD		
Endereço:	N°	Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:
Dados bancários – Banco:	Agência:	Conta corrente:

II - HABITAÇÃO:

Casa () Apartamento () Sítio ou Chácara () Fazenda ()	
Imóvel próprio SIM () NÃO ()	Em caso de NÃO: Financiado () Cedido () Alugado ()

III - RESIDENTES NO ENDEREÇO (listar as pessoas que residem no mesmo endereço, inclusive o requerente):



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA - CRF - BA

Nome	Idade	Grau de Parentesco	CPF	Renda Mensal

IV - RECEBE BENEFÍCIO INSS: () SIM () NÃO Se sim: Valor:

V - RECEBE BENEFÍCIO LOAS (BCP): () SIM () NÃO Se sim: Valor:

VI - DECLARAÇÃO DE IMPOSTO RENDA DO REQUERENTE - EXERCÍCIO:

(Com comprovação de entrega à Receita Federal)

TOTAL DO PATRIMÔNIO DECLARADO:

RENDIMENTO ANUAL:

() ISENTO DE IMPOSTO DE RENDA (Apresentar declaração de isento)

VII - DECLARAÇÃO DE IMPOSTO RENDA DOS DEMAIS MORADORES - EXERCÍCIO:

(Com comprovação de entrega à Receita Federal)

Nome:

TOTAL DO PATRIMÔNIO DECLARADO:

RENDIMENTO ANUAL:

() ISENTO DE IMPOSTO DE RENDA (Apresentar declaração de isento)

VIII - BENS MÓVEIS:

VEÍCULO MARCA / MODELO	ANO	PRÓPRIO OU FINANCIADO

IX - OUTROS BENS:

X - OBSERVAÇÕES:

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 artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

Cidade e data.

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário:

Assinatura do profissional:

Carimbo e/ou nome legível:

Assinatura do procurador:

Carimbo e/ou nome legível:

Rua Dom Basílio Mendes Ribeiro, 127 - Ondina - CEP 40170-120 - Salvador - Bahia

Site: www.crf-ba.org.br