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

FORMULÁRIO Nº I

SEGUIR INSTRUÇÕES

- A documentação só será aceita com todos os campos devidamente preenchidos (preencher em letra de forma ou legível) e sem rasuras

SOLICITAÇÃO DE FUNDO DE ASSISTÊNCIA

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia - CRF-BA

Dados do **PROFISSIONAL:**

Nome:	Nº CRF-BA:

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 início 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.

_____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.

		Documentos conferidos por:
Assinatura do profissional	Assinatura do procurador	
Carimbo e / ou nome legível	Carimbo e / ou nome legível	Assinatura do funcionário