FORMULÁRIO Nº 38A

SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

SOLICITAÇÃO DE FUNDO DE ASSISTÊNCIA

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Dados do **PROFISSIONAL:**

Nome:	Nº CRF-PF:

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
Cidade Dia Mês Ano

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

Publicado 07/02/2020