



FORMULÁRIO Nº 12 - A



SOLICITAÇÃO DE FUNDO DE ASSISTÊNCIA

Todos os campos devem ser preenchidos de forma legível e sem rasuras.

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

Declaro, sob as penas da lei, que os dados abaixo são verdadeiros. Declaro, ainda, estar em pleno gozo da minha capacidade civil, bem como, ter bons antecedentes e gozar de boa reputação por minha conduta pública (Lei nº 6868, 03/12/1980).

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)

Observação: No caso de representante, anexar procuração.

_____	, de	_____	de	_____
Cidade		Dia	Mês	Ano

Assinatura do profissional

Assinatura do procurador

Carimbo e / ou nome legível

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:
Assinatura do funcionário