



## **DELIBERAÇÃO Nº 3176/2023**

***Ementa:*** Institui o Regulamento Padrão do Fundo de Assistência no âmbito dos Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro, e dá outras providências.

**O CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CRF/RJ**, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

Considerando o disposto no artigo 27, §§ 1º e 2º, da Lei Federal nº 3.820/60, que estabelece a formação de um fundo de assistência aos seus membros necessitados, quando inválidos ou enfermos, cuja receita líquida será a renda total com a só dedução das despesas de pessoal e expediente;

**CONSIDERANDO** os termos da Resolução nº 748 de 2023 do Conselho Federal de Farmácia.

**CONSIDERANDO** que os Conselhos Regionais de Farmácia aprovam suas diretrizes através de Deliberações;

DECIDE

**Art. 1º** - Aprovar o Regulamento do Fundo de Assistência do Conselho Regionais de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro – CRF-RJ, conforme estabelecido nos Anexos I a IV, desta deliberação.

**Art. 2º** - Esta Deliberação entrará em vigor na data de aprovação pela Plenaria do CRF-RJ, refogando as disposições em contrario.

---

**CAMILO ANTONIO ALVES DE CARVALHO**  
Presidente CRF-RJ



## ANEXO I - Regulamento Padrão do Fundo de Assistência

### CAPÍTULO I - Da Finalidade e Conceitos

**Art. 1º.** O Fundo de Assistência dos Conselhos Regionais de Farmácia, criado nos termos do que dispõem os § 1º e 2º do artigo 27 da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 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 desta Deliberação serão adotados os seguintes conceitos:

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;

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 8.742/93.

**Art. 2º.** Poderão ser beneficiados pelo Fundo de Assistência, os profissionais elencados no artigo 14 da Lei Federal nº 3.820/60, desde que o profissional:

não esteja eliminado, suspenso ou legalmente impedido do exercício da profissão;

não possua atividade remunerada, inclusive na condição de microempreendedor individual. CAPÍTULO II - Da Constituição Orçamentária e Benefícios.

**Art. 3º.** O Fundo de Assistência do CRF-RJ será constituído por:

- dotação orçamentária, nos termos dos §§ 1º e 2º do artigo 27, da Lei Federal nº 3.820/60;
- doações ou legados.

§ 1º. Os benefícios previstos neste regulamento estão limitados à disponibilidade orçamentária e financeira do CRF-RJ.

§ 2º. Deverá ser aberta conta contábil específica para a gestão financeira do Fundo de Assistência do CRF-RJ.

§ 3º. O CRF-RJ destinará, no seu orçamento anual, 1/4 de sua renda líquida, ou seja, a renda total com a dedução das despesas de pessoal e expediente:

Entende-se por Renda Líquida Total o resultado obtido no confronto entre as Receitas Correntes auferidas no período e as Despesas Correntes executadas;

Existindo resultado positivo na aplicação da alínea anterior, o percentual disposto no § 1º deverá ser transferido para conta bancária específica com a denominação "Fundo de Assistência ao Farmacêutico - Lei Federal nº 3.820/60";

A conta bancária responsável pela recepção do recurso destinado ao Fundo de Assistência deverá, obrigatoriamente, estar vinculada a aplicação financeira automática;

- com base no valor de desembolso realizado no exercício anterior, deverá ser inserida, na Proposta Orçamentária, dotação específica para execução efetiva do Fundo de Assistência;

- ao término do exercício, deverá permanecer na conta bancária do Fundo de Assistência, o correspondente ao dobro do valor executado no período, visando a promoção da continuidade de acesso e execução;

- após aplicação do disposto na alínea "e", o saldo residual deverá ser movimentado para conta movimento;

- na ocorrência de resultado negativo, quando da aplicação da alínea "a", a operacionalização do Fundo de Assistência fica limitada à disponibilidade financeira registrada na conta bancária, situação que deverá ser formalmente justificada no Relato Integrado do Órgão, por meio de Nota Explicativa;



Constatando-se aumento da demanda por acesso ao Fundo de Assistência e observada a insuficiência de dotação orçamentária, o CRF deverá providenciar a necessária Reformulação Orçamentária;

- a providência de reformulação prevista na alínea "h" deverá, obrigatoriamente, estar lastreada pelo recurso financeiro disponível;

- passará a integrar o Portal da Transparência e Prestação de Contas e o Relato Integrado, a partição denominada "Fundo de Assistência - Lei Federal nº. 3.820/60", onde serão descritas todas as informações, ocorrências e movimentações registradas no Fundo, atendendo ao disposto na Lei Federal nº 12.527/11.

**Art. 4º.** O Fundo de Assistência do CRF-RJ poderá conceder aos profissionais descritos no artigo 1º deste regulamento, o benefício de "Auxílio Mensal", de natureza pecuniária, não reembolsável, que visa atender aos profissionais, total ou parcialmente, de forma transitória a título precário, sendo passível de revogação, a qualquer momento, desde que a decisão seja motivada.

**Parágrafo único.** O Auxílio Mensal poderá ser deferido por, no máximo, 1 (um) ano, podendo ser renovável desde que mediante o preenchimento dos requisitos estabelecidos nesta resolução e a análise da Comissão do Fundo de Assistência do CRF-RJ.

### **CAPÍTULO III - Da Instrução dos Pedidos**

**Art. 5º.** Os pedidos de auxílio serão inicialmente instruídos com os seguintes documentos, apresentados pelo requerente:

**I.** Formulário - solicitação de Fundo de Assistência: fornecido pelo CRF-RJ, preenchido de forma clara e completa (Anexo II);

**II.** Formulário de Renda Familiar: fornecido pelo CRF-RJ, 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 (Anexo III);

**III.** Formulário - Relação de Despesas: fornecido pelo CRF-RJ, 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/recebido, CPF ou CNPJ, e devem ser referentes aos últimos 3 (três) meses (Anexo IV);

**IV.** Cópia da Declaração do Imposto de Renda do ano anterior ao pedido do interessado e de todos os que compõem a Renda Familiar entregue 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 para solicitar o auxílio, poderá enviar representante legal munido de procuração.

**§ 3º.** Na falta de um dos documentos listados neste artigo, a Comissão poderá solicitar que sejam apresentados outros documentos para comprovar a situação do requerente.

**Art. 6º.** No auxílio mensal, se houver a necessidade da prorrogação, esta deverá ser devidamente comprovada, sendo que o beneficiário deverá entregar, em até 30 (trinta) dias antes do término de seu benefício, os mesmos documentos descritos no artigo 5º, atualizados.



**Art. 7º.** A Comissão do Fundo de Assistência poderá, a qualquer momento, solicitar documentos complementares e/ou a apresentação dos originais para confrontação ou qualquer outro esclarecimento que julgar necessário.

#### **CAPÍTULO IV - Do Procedimento**

**Art. 8º.** 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.

**Art. 9º.** Constatado que o requerente preenche os requisitos mínimos para o deferimento do pedido, a Comissão do Fundo de Assistência ou Assistente Social designado, deverá realizar visita ao requerente para elaboração de relatório sobre a sua situação.

**Art. 10.** Com a documentação entregue pelo requerente e o relatório da Comissão do Fundo de Assistência, o pedido será submetido ao Plenário do CRF-rj, o qual deliberará sobre a aprovação, ou não, do pedido, bem como o eventual valor, nos termos do artigo 14.

**Art. 11.** A avaliação mediante visita poderá ser realizada sempre que necessário, sendo também obrigatória nos pedidos de prorrogação da concessão.

**Art. 12.** As solicitações protocoladas instruirão um processo próprio, no qual serão arquivados todos os documentos protocolados pelo requerente, atas das reuniões, alterações, pedidos de prorrogações, e quaisquer outros documentos que forem julgados convenientes.

**Art. 13.** O valor do benefício a ser pago será limitado até, no máximo, ao valor correspondente a 3 (três) salários mínimos nacional.

**Art. 14.** 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 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.

**Parágrafo único.** Ao profissional que possua mais de uma fonte de renda, de qualquer natureza, a concessão do benefício poderá ser feita de forma proporcional, respeitados os referidos limites de faixas.

#### **CAPÍTULO V - Da Comissão do Fundo de Assistência**

**Art. 15.** A Comissão do Fundo de Assistência será nomeada pela Diretoria e constituída por 2 (dois) farmacêuticos inscritos no Crf-rj, nos termos do seu Regimento Interno e um colaborador do CRF, que deliberará por maioria simples, sendo obrigatória a presença de seu presidente, eleito dentre seus pares.

**Parágrafo único.** O mandato da Comissão do Fundo de Assistência será coincidente ao mandato da Diretoria do CRF.

#### **CAPÍTULO VI - Das Disposições Gerais**

**Art. 16.** O CRF-RJ poderá rever, a qualquer momento, os benefícios concedidos ou suspendê-los, de imediato, se apurada qualquer irregularidade, omissão, informação falsa ou contraditória.

**§ 1º.** Em caso de cancelamento do benefício, o profissional será comunicado imediatamente, justificando o motivo.

**§ 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\_RJ 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-RJ, sob pena de responsabilização judicial.

## 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 do Rio de Janeiro – CRF-RJ

(nome do presidente.....)

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:



**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 do Rio de Janeiro - CRF-RJ

(nome do presidente.....)

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: .....

**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:

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 ( )	Data de Nascimento: ___ / ___ / _____	Estado Civil:
RG:	CPF:	Naturalidade:
Fone/ Celular: ( ) / ( )		
Endereço:	N°	Compl.:
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):

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	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: