



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: