

ANEXO I AO ATO REGULAMENTAR GP Nº 14/2014
(MODELO)

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

Ilma. Sra. Secretária de Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da
15ª Região

Nome do Beneficiário, Cargo, Matrícula nº____,
lotado no(a) Lotação, vem à presença de V. Sa. requerer sua inclusão
no "Programa de Assistência Farmacêutica" instituído por este E.
Tribunal por meio do Ato Regulamentar nº 14/2014.

Para tanto, encaminha cópia digitalizada de
relatório circunstanciado de médico particular, do qual constam
C.I.D. e relação de medicamentos, com suas quantidades mensais
devidamente especificadas, em conformidade com o disposto no § 1º do
art. 4º do referido Ato.

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Local e data.

Assinatura