



PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 15ª REGIÃO

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

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO

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 exclusão
do "Programa de Assistência Farmacêutica", em conformidade com o
disposto no art. 4º do Ato Regulamentar nº 14/2014.

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Local e data.

Assinatura