

~~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