



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