

---

**Título:** Solicitação para Exclusão do Programa de Apoio Social - PAS

---

**Tipo de Anexo:** Formulário

---

**Número e Versão do Anexo:** RQ-FOR-36 - V.5

**Fase:** Vigente

---

## SOLICITAÇÃO PARA EXCLUSÃO DO PROGRAMA DE APOIO SOCIAL – PAS

Processo SEI n. \_\_\_\_\_

Beneficiário/a do PAS \_\_\_\_\_

matrícula Ipasgo – Saúde n. \_\_\_\_\_, RG

\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_

Solicitado por \_\_\_\_\_,

matrícula Ipasgo – Saúde n. \_\_\_\_\_, RG

\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_

Motivo e justificativa da exclusão do/a beneficiário/a do Programa de Apoio Social – PAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA EM CASO DE FINALIZAÇÃO DE TRATAMENTO:

- I. Relatório Médico comprovando a finalização do tratamento.

Em, \_\_\_\_\_, aos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/a Solicitante da Exclusão ao PAS