

## PROCURAÇÃO

(Procuração exclusiva para acesso aos medicamentos gratuitos do Programa Farmácia Popular do Brasil)

**OUTORGANTE:** \_\_\_\_\_, Brasileiro(a)  
\_\_\_\_\_, (Estado Civil), \_\_\_\_\_(Profissão), RG nº:  
\_\_\_\_\_, C.P.F. nº: \_\_\_\_\_, residente(s) e  
domiciliado(s) na Rua: \_\_\_\_\_, nº: \_\_\_\_\_, bairro:  
\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Cidade:  
\_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_ **NOMEIA E CONSTITUI** como  
seu(s) procurador(es) o(s) Sr.(s)/Sra.(s):

**OUTORGADO:** \_\_\_\_\_  
Brasileiro(a), \_\_\_\_\_, (Estado Civil), \_\_\_\_\_(Profissão),  
RG nº: \_\_\_\_\_, C.P.F. nº: \_\_\_\_\_, residente(s) e  
domiciliado(s) na Rua: \_\_\_\_\_, nº: \_\_\_\_\_,  
bairro: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_,  
Cidade: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_.

**OUTORGADO:** \_\_\_\_\_  
Brasileiro(a), \_\_\_\_\_, (Estado Civil), \_\_\_\_\_(Profissão),  
RG nº: \_\_\_\_\_, C.P.F. nº: \_\_\_\_\_, residente(s) e  
domiciliado(s) na Rua: \_\_\_\_\_, nº: \_\_\_\_\_,  
bairro: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_,  
Cidade: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_,

a quem confere os **PODERES**: Todos aqueles necessários para que Outorgado possa adquirir, em nome do Outorgante, medicamentos nas redes Próprias do Programa Farmácia Popular do Brasil, nos termos do Portaria 184 do Ministério de 03 de fevereiro de 2011, inciso III, § 2º do artigo 32, dando tudo por bom, firme e valioso.

À rogo de \_\_\_\_\_ (Nome do cliente), por não conseguir  
assinar, assina o rogado \_\_\_\_\_ (Nome do representante do  
cliente) \_\_\_\_\_, brasileiro (a), estado civil, profissão,  
portador(a) do RG \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF: \_\_\_\_\_,  
residente e domiciliado(a) na Rua: \_\_\_\_\_, nº: \_\_\_\_\_,  
bairro: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_,  
Cidade: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_.

Cidade: \_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_,

Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

(NOME DO ROGADO)

À rogo do(a) Sr (a). \_\_\_\_\_ (NOME DO CLIENTE)

TESTEMUNHA 1: (Assinatura)

NOME:

RG:

CPF:

TESTEMUNHA 2: (Assinatura)

NOME:

RG:

CPF: