

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),
RGnº: _____, C.P.F. nº: _____, residente(s) e
domiciliado(s) na Rua: _____, nº: _____,
bairro: _____, CEP: _____,
Cidade: _____, Estado: _____.

OUTORGADO: _____,
Brasileiro(a), _____, (Estado Civil), _____ (Profissão),
RGnº: _____, 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: