

PROCURAÇÃO

Outorgante (paciente)

Nome _____

Nacionalidade _____, Estado civil _____

Profissão _____, CPF _____

END: _____

CEP: _____, Cidade _____

Outorgado (representante legal)

Nome _____

Nacionalidade _____, Estado civil _____

Profissão _____, CPF _____

END: _____

CEP: _____, Cidade _____

Poderes Por meio do presente instrumento de procuração, o Outorgante confere ao Outorgado, poderes para representá-lo junto ao Programa Farmácia Popular do Brasil - PFPB, para fins de solicitação e retirada de medicamentos e/ou correlatos fornecidos pelo programa em questão, de acordo com os critérios estabelecidos para este fim, conforme o artigo 25, incisos I e II do Anexo LXXVII da Portaria de Consolidação nº. 5, de 28 de setembro de 2017, a saber:

“Art. 25. Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da prescrição, laudo ou atestado médico, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

I - do beneficiário titular da receita: documento oficial com foto e CPF ou documento de identidade que conste o número do CPF, salvo menor de idade, que permite a apresentação da certidão de nascimento ou registro geral (RG); e

II - do representante legal, o qual assumirá, juntamente com o estabelecimento, a responsabilidade pela efetivação da transação: documento oficial com foto e CPF ou documento de identidade que conste o número do CPF;” Cidade / Estado, data de mês 2020.

Assinatura do representado/outorgante