

PROCURAÇÃO PARTICULAR
Programa Farmácia Popular do Brasil

OUTORGANTE (Paciente da Receita): _____
_____, estado civil _____,
identidade nº _____, CPF nº _____,
nacionalidade _____, residente e domiciliado a rua/avenida
_____, nº _____, complemento _____,
bairro _____.

Nomeia e constitui como seu procurador(a) o(a) Sr.(a),

OUTORGADO: _____,
estado civil _____, identidade nº _____,
CPF nº _____, nacionalidade _____,
residente e domiciliado a rua/avenida _____,
_____, nº _____,
complemento _____, bairro _____.

A QUEM CONFERE OS PODERES PARA ADQUIRIR MEDICAMENTOS
GRATUITOS NO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL, NOS TERMOS
DA PORTARIA Nº 184 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 03/02/2017.

_____, _____, de _____, de _____
(cidade) (data) (mês) (ano)

Assinatura

OBS: Necessário o reconhecimento de firma (reconhecer a assinatura em cartório).