

Instrumento de Procuração para
Aquisição de Medicamentos do Programa Farmácia Popular
OUTORGANTE:

Nome: _____
Endereço: _____
Nacionalidade: _____
Estado Civil: _____
Profissão: _____
Identidade: _____ Órgão emissor: _____ UF: _____
CPF: _____-_____

OUTORGADO:

Nome: _____
Endereço: _____
Nacionalidade: _____
Estado Civil: _____
Profissão: _____
Identidade: _____ Órgão emissor: _____ UF: _____
CPF: _____-_____

PODERES:

São conferidos todos os poderes necessários para que o Outorgado possa adquirir, em nome do Outorgante, em redes de farmácias e drogarias privadas, medicamentos através do Programa Farmácia Popular do Brasil - PFPB, conforme disposição constante do Decreto n 05.090 de 20.05.2004 e da Portaria nº 184 de 03.02.2011, artigo 32, §2º, inciso III.

_____, ____ de _____ de 20____.

(Assinatura do Outorgante)

(assinatura do Outorgado)

*Ambas assinaturas devem ser autenticadas em Cartório