

**PROCURAÇÃO EXCLUSIVA PARA ACESSO AOS MEDICAMENTOS GRATUITOS
DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL**

OUTORGANTE(Paciente da Receita):

_____, estado
civil, _____, identidade nº _____,
CPF nº _____, nacionalidade _____,
residente e domiciliado na rua: _____, Nº _____,
Bairro _____.

nomeia e constitui como seu procurador(a) o(a) Sr(a),

OUTORGADO: _____,
estado civil _____, identidade nº _____,
CPF nº _____, nacionalidade _____,
residente e domiciliado na rua: _____ Nº _____,
Bairro _____.

A QUEM CONFERE OS PODERES PARA ADQUIRIR MEDICAMENTOS GRATUITOS
NO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL, NOS TERMOS DA PORTARIA
N ° 184 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE 03/02/11.

PORTO VELHO – RO, _____ DE _____ DE 2011.

Assinatura

Obs.: necessário o reconhecimento de firma (reconhecer a assinatura em cartório).

**PROCURAÇÃO EXCLUSIVA PARA ACESSO AOS MEDICAMENTOS GRATUITOS
DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL**

OUTORGANTE(Paciente da Receita):

_____, estado
civil, _____, identidade nº _____,
CPF nº _____, nacionalidade _____,
residente e domiciliado na rua: _____, Nº _____,
Bairro _____.

nomeia e constitui como seu procurador(a) o(a) Sr(a),

OUTORGADO: _____,
estado civil _____, identidade nº _____,
CPF nº _____, nacionalidade _____,
residente e domiciliado na rua: _____ Nº _____,
Bairro _____.

A QUEM CONFERE OS PODERES PARA ADQUIRIR MEDICAMENTOS GRATUITOS
NO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL, NOS TERMOS DA PORTARIA
N ° 184 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE 03/02/11.

PORTO VELHO – RO, _____ DE _____ DE 2011.

Assinatura

Obs.: necessário o reconhecimento de firma (reconhecer a assinatura em cartório).