PROCURAÇÃO PARTICULAR (PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL)

OUTORGANTE (paciente titular da receita):

_____ (nome completo), estado civil _____ (estado civil), identidade nº _____ (número), CPF nº _____ (número), nacionalidade _____ (nacionalidade), residente e domiciliado(a) à rua/avenida _____ (endereço), nº _____ (número), complemento _____ (complemento), bairro _____ (bairro).

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

OUTORGADO(A): _____ (nome completo), estado civil _____ (estado civil), identidade nº _____ (número), CPF nº _____ (número), nacionalidade _____ (nacionalidade), residente e domiciliado(a) à rua/avenida _____ (endereço), nº _____ (número), complemento _____ (complemento), bairro _____ (bairro).

A quem confere poderes para adquirir medicamentos gratuitos no Programa Farmácia Popular do Brasil.

_____ (cidade), _____ (dia) de _____ (mês) de _____ (ano).

_____

Assinatura do OUTORGANTE (reconhecer firma)

Modelo gratuito do Papel Certo. Conteúdo informativo: não substitui a orientação de advogado ou do cartório.