

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 disposto na PRC 5, Anexo LXXVII, Art. 25, § 1, inc. 3.

_____, ____ de _____ de 20____.

(Assinatura do Outorgante)

(assinatura do Outorgado)

*Ambas assinaturas devem ser autenticadas em Cartório