

## **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).