

**INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO  
PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR**

**OUTORGANTE:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

**OUTORGADO:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

**PODERES:**

São conferidos todos os poderes necessários para que o Outorgado possa adquirir, em nome do Outorgante, em redes de farmácia e drogarias privadas, medicamentos através do Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB, conforme disposto na PRC 5, anexo LXXVIII, Art. 25, § 1, inc. 3.

Caraguatatuba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Outorgante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Outorgado