

ANEXO II
INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

Outorgante (paciente):

(nome completo) _____
(nacionalidade) _____, (estado civil) _____, (profissão) _____,
portador(a) do CPF nº _____, RG nº _____, expedido pelo
(órgão) _____, residente e domiciliado(a) a (rua, avenida etc.)
_____, bairro _____, município
_____, Estado _____, CEP _____, telefone
_____.

pelo presente instrumento nomeia e constitui como seu (sua) bastante Procurador(a)

Outorgado (representante legal):

(nome completo) _____
(nacionalidade) _____, (estado civil) _____, (profissão) _____,
portador(a) do CPF nº _____, RG nº _____, expedido pelo
(órgão) _____, residente e domiciliado(a) a (rua, avenida etc.)
_____, bairro _____, município
_____, Estado _____, CEP _____, telefone
_____.

PODERES:

com poderes para representá-lo(a) perante estabelecimentos credenciados no Programa Farmácia Popular do Brasil - PFPB, para fins de solicitação e retirada de medicamentos para tratamento de asma, hipertensão e diabetes fornecidos pelo Programa.

(Cidade) _____/RS, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do outorgante