



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE
ESPECIALIZADO



PROCURAÇÃO		
OUTORGANTE		
Nome:		
Estado Civil:	Profissão:	
Data de Nasc.: ___/___/___	Nº. Identidade:	CPF:
End.:		
CEP:	TEL:	
OUTORGADO(S)		
Nome:		
Estado Civil:	Profissão:	
Data de Nasc.: ___/___/___	Nº. Identidade:	CPF:
End.:		
CEP:	TEL:	
Assinatura:		
Nome:		
Estado Civil:	Profissão:	
Data de Nasc.: ___/___/___	Nº. Identidade:	CPF:
End.:		
CEP:	TEL:	
Assinatura:		
Nome:		
Estado Civil:	Profissão:	
Data de Nasc.: ___/___/___	Nº. Identidade:	CPF:
End.:		
CEP:	TEL:	
Assinatura:		
PODERES		
Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo bastante procurador(es) Outorgado(s), acima qualificado(s), em conjunto ou separadamente, podendo/não podendo substabelecer, para o fim específico de retirar medicamento(S) na Farmácia de _____ (município onde se localiza a Farmácia).		

_____, _____ de _____ de _____

(outorgante)

OBS: Os outorgados deverão entregar junto à procuração cópia da Identidade e cópia do CPF.