PROCURAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:

Estado Civil: Profissão:

Data de Nasc.: _____/____/_____ Nº. Identidade: CPF:

End.:

CEP: TEL:

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL OU REPRESENTANTE LEGAL

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_____

_____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU REPRESENTANTE LEGAL

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

OBS2.: A presente procuração somente será valida se todos os campos, incluindo a assinatura dos Outorgados, estiverem preenchidos.