



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (autor)		
Nome do paciente:		
RG:	CPF:	Data de nascimento: ___/___/___
End.:		CEP:
Tel. residencial:		Celular:
Responsável Legal (menores e incapazes) *		
Nome:		Relação com autor:
RG:	CPF:	Data de nascimento: ___/___/___
End.:		CEP:
Tel. residencial:		Celular:
OUTORGADOS (autorizados)		
1- Nome:		Relação com autor:
RG:	CPF:	Data de nascimento: ___/___/___
End.:		CEP:
Tel. residencial:		Celular:
2- Nome:		Relação com autor:
RG:	CPF:	Data de nascimento: ___/___/___
End.:		CEP:
Tel. residencial:		Celular:
3- Nome:		Relação com autor:
RG:	CPF:	Data de nascimento: ___/___/___
End.:		CEP:
Tel. Residencial:		Celular:
PODERES		
Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo bastante o(s) procurador (es) Outorgado(s), acima qualificado(s), em conjunto ou separadamente, para o fim específico de retirar medicamento, nutrição e/ou produtos para saúde na Unidade _____.		
_____, _____ de _____ de 20__.		
(Outorgante) Assinatura idêntica ao RG. Não será aceito contendo rasura.		

* Preencher apenas quando o autor for menor de idade ou incapaz (razões de ordem médica/jurídica)
Obrigatório à apresentação de RG original ou cópia autenticada do autor/procurador e pessoa autorizada.
Esta Procuração deverá ser utilizada para inclusão de pessoas autorizadas e renovada anualmente.