



PROCURAÇÃO

Constitui procurador para a prática de atos perante a Prefeitura Municipal de Campinas.

CAMPO I - DADOS DO OUTORGANTE:

NOME / RAZÃO SOCIAL:		TELEFONE / FAX PARA CONTATO:
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA):		
NÚMERO:	COMPLEMENTO (APTO, SALA):	CEP:
BAIRRO:	CIDADE:	
CPF / CNPJ:	RG / INSCRIÇÃO MUNICIPAL:	
RESPONSÁVEL TÉCNICO:	FORMAÇÃO PROFISSIONAL:	
CPF:	RG:	
E-MAIL:	TELEFONE / FAX PARA CONTATO:	
RESPONSÁVEL LEGAL:	CARGO (DIRETOR / SÓCIO / ADMINISTRADOR / ETC):	
CPF:	RG:	
E-MAIL:	TELEFONE / FAX PARA CONTATO:	

CAMPO II - DADOS DO PROCURADOR:

NOME:		
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA):		
NÚMERO:	COMPLEMENTO (APTO, SALA):	CEP:
BAIRRO:	CIDADE:	
CPF:	RG:	
E-MAIL:	TELEFONE / FAX PARA CONTATO:	

CAMPO III - PODERES:

Por este instrumento particular de mandato e na melhor forma de direito, o OUTORGANTE acima qualificado no Campo I, nomeia e constitui o(a) PROCURADOR(A) acima qualificado(a) no Campo II, a quem confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o fim de representá-lo perante a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE da PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS, podendo em seu nome e como se o próprio, requerer e assinar o que for preciso, dar vistas em processos administrativos, solicitar emissão de boletos, retirar documentos e, praticar todos os demais atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

Esta procuração é válida até _____. Caso o prazo não seja estipulado, a procuração será considerada com validade indeterminada.

OBSERVAÇÕES:

1- Anexar cópia do CPF e RG, tanto do outorgante como do Procurador ou de documento oficial com foto onde conste assinatura semelhante à do instrumento de procuração.