

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: _____
brasileiro/a, casado/a, portador/a do RG nº _____,
inscrito/a no CPF sob o nº _____, residente e
domiciliado/a na cidade de _____, estado de
_____, na Rua _____,
nº _____, CEP. _____.

OUTORGADA(O): _____,
brasileiro/a, portador/a do RG nº. _____,
inscrito/a no CPF sob o nº _____, residente
e domiciliado/a na cidade de _____,
estado de _____, na Rua
_____, nº _____,
CEP. _____.

PODERES : Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, a
Outorgante, nesta oportunidade, concede à Outorgada(o) **os**
poderes específicos para FIRMAR PLANO DE SAÚDE JUNTO A
UNIMED UBERLÂNDIA – Cooperativa Regional de Trabalho
Médico Ltda., podendo, para tanto, assinar toda a documentação
referente ao contrato.

Uberlândia, ____/____/_____.

OUTORGANTE (NOME)