

## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

**Outorgante:** QUALIFICAÇÃO COMPLETA (NOME, NACIONALIDADE, ESTADO CIVIL, PROFISSÃO, RG, CPF, ENDEREÇO COMLETO)

**Outorgado:** QUALIFICAÇÃO COMPLETA (NOME, NACIONALIDADE, ESTADO CIVIL, PROFISSÃO, RG, CPF, ENDEREÇO COMLETO)

**Poderes:** O Outorgante confere ao Outorgado os poderes *ad negotia*, necessários para representá-lo perante o Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – CRM-DF, nos atos administrativos relacionados a sua inscrição profissional nos quadros do Conselho, podendo para tanto, requerer e assinar os documentos necessários ao fiel cumprimento dos poderes que lhe foram outorgados. Nada mais.

**Local e data**

**Assinatura do Médico Outorgante com reconhecimento de firma**