



**TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE
DE PACIENTES PARA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CANNABIS MEDICINAL**

DECLARANTE

Nome: _____ Nacionalidade: _____

Estado civil: _____

E-mail: _____ Profissão: _____

Endereço: n° _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefone: () _____

CPF: _____ R.G. n°: _____

REPRESENTANTE LEGAL DE:

() Estou me responsabilizando pelo tratamento de outra pessoa, qual seja:

() Estou me responsabilizando pelo tratamento do meu Pet:

Nome completo do representado:

Declaro para os devidos fins que, permito à Associação Brasileira de Cannabis Medicinal - "ABRACAM", na qualidade de associado paciente que utiliza a medicação produzida por esta, a qual firmo, autorizo e concordo com o presente TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE, declarando ainda que está ciente do respectivo Estatuto Social e demais normas e regulamentações atinentes ao processo de filiação ao quadro associativo desta Organização.

() Declaro que sou portador de moléstia conforme documentos anexos e que tenho interesse de ser beneficiado pelo óleo de Cannabis sp., cujo seu exclusivo consumo será em prol da saúde do ora Representado.

() Declaro que autorizo o ajuizamento de Ação Judicial e o uso dos meus dados e documentos com finalidade de instruir o processo, tudo com o fim de reconhecimento do direito ao cultivo de Cannabis sp., para finalidade medicinal, seja em prol do quadro associativo ou em caráter de exclusividade do ora Representado.

Por ser a expressão da verdade, subscrevemos sob as penas da Lei.

Fortaleza, _____ de _____ 2022

Assinatura representante legal