



AUTORIZAÇÃO PARA AJUIZAMENTO DE AÇÃO JUDICIAL PELA ACOLHER-MACAÉ

Eu,

Nome completo do mesmo associado responsável do cadastro

-----,
Nacionalidade Estado civil

CPF nº _____, RG nº _____

Residente na Rua/Av.: _____,

nº _____, Bairro: _____, Cidade: _____, UF: _____

Complemento: _____ e Telefone: () _____

Representante legal de (marque um "X" na opção):

Estou me responsabilizando pelo meu tratamento.

Estou me responsabilizando pelo tratamento de outra pessoa (escreva abaixo):

Nome completo da pessoa que está sendo representada

Na qualidade de associado da ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE APOIO E ACESSO A

CANNABIS

MEDICINAL – ACOLHER-MACAÉ – declaro que autorizo e concordo com o ajuizamento da Ação frente a UNIÃO FEDERAL para reconhecimento do direito ao cultivo de Cannabis para finalidade medicinal, declarando ainda, que o representado é portador de moléstia conforme documentos anexos e que é beneficiado pelo óleo de Cannabis sp. produzido pela ACOLHER-MACAÉ e disponibilizado para seu exclusivo consumo em prol de sua saúde.

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

_____, _____ de _____ de 2022
Cidade dia mês

Assinatura do associado responsável

www.acolhermacae.org.br/ / [contato@acolhermacae.org.br/](mailto:contato@acolhermacae.org.br) contato: (22) 3051-3898