



# VIVA CANNABIS

ACOLHIMENTO MEDICINAL E HUMANIZADO

## AUTORIZAÇÃO PARA AJUIZAMENTO DE AÇÃO JUDICIAL PELA VIVA CANNABIS

Eu, \_\_\_\_\_ Nome completo do mesmo associado responsável do cadastro

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, Nacionalidade Estado civil CPF n° \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Residente na

Rua/Av.: \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, 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 VIVA CANNABIS - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CANNABIS MEDICINAL – 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 VIVA CANNABIS-BATATA/SP 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