



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