

## ASSOCIAÇÃO

### AUTORIZAÇÃO PARA AJUIZAMENTO DE AÇÃO JUDICIAL

Eu, \_\_\_\_\_,  
NOME

\_\_\_\_\_,  
NACIONALIDADE, ESTADO CIVIL

CPF nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_,

Endereço: \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ e telefone nº \_\_\_\_\_,

Representante Legal de \_\_\_\_\_

na qualidade de associado da **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PACIENTES DE CANNABIS MEDICINAL**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 24.532.173/0001-19, **DECLARO QUE CONCORDO E AUTORIZO**: 1) o ajuizamento pela Associação de toda e qualquer medida judicial ou administrativa perante a União Federal, a Anvisa e/ou qualquer outra pessoa jurídica de direito público, para reconhecimento do direito ao cultivo de *Cannabis sp.* para fins medicinais e científicos, com sua consequente autorização; e/ou 2) a impetração de habeas corpus pela Associação para o reconhecimento da atipicidade da conduta de cultivar Cannabis com fins terapêuticos e científicos. Declaro, ainda, que sou portador de doença em tratamento com Cannabis, ou responsável legal de paciente portador de doença em tratamento com Cannabis e que sou beneficiado, ou responsável legal por paciente beneficiado, pelo preparo de Cannabis sp. desenvolvido pela **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PACIENTES DE CANNABIS MEDICINAL** e disponibilizado exclusivamente para consumo individual e intransferível em prol da minha saúde ou de quem sou responsável legal.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante legal