

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O(A) paciente _____ CPF: _____ ou
seu(sua) responsável _____ CPF: _____ ,
associado(s) abaixo assinado(s), declara para devidos fins de direito que está
compromissado(a) com o “**Projeto de Cultivo Coletivo de Cannabis para Fins
Medicinais**”, desenvolvido e apresentado pela **Associação Brasileira de
Pacientes de Cannabis Medicinal (AMA+ME)**, na condição de associado(a)
devidamente cadastrado e regularizado.

Declaro(a) ainda, que autorizo a Associação, na defesa dos melhores
interesses dos pacientes associados, a representação jurídica e administrativa
nos mais diversos órgãos da Administração Pública dos Três Poderes, direta ou
indiretamente, para a consecução dos objetivos da coletividade. Além disso,
respeitada a Lei de Proteção de Dados (LGPD) que preserva a identidade do
paciente, autorizo que os dados alcançados com o tratamento canabinoide
possam ser utilizados para construção de artigos científicos.

Cidade: _____ UF: ____

Data: ____ / ____ / 20 ____

Assinatura do [] Paciente ou [] Responsável