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