

O(A) paciente: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ ou  
seu(sua) responsável: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_,  
associado abaixo assinado, declaro(a) 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 autoriza 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 indireta, para a consecução dos objetivos da  
coletividade.

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

---

(assinatura:  Paciente  Responsável)