



**instituto  
cannabis  
dobem**

## **AUTORIZAÇÃO PARA AJUIZAMENTO DE AÇÃO JUDICIAL PELO INSTITUTO CANNABIS DO BEM.**

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

*(Nome completo do mesmo associado responsável do cadastro)*

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Estado civil : \_\_\_\_\_

CPF n° \_\_\_\_\_ RG n° \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

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 )*

Declaro que autorizo e concordo com o ajuizamento da Ação frente a UNIÃO FEDERAL para reconhecimento do direito ao cultivo de Cannabis sp. 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 pelo INSTITUTO CANNABIS DO BEM 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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do associado responsável