



ASSOCIAÇÃO TERAPÊUTICA CANNABIS
MEDICINAL FLOR DA VIDA

AUTORIZAÇÃO PARA AJUIZAMENTO DE AÇÃO JUDICIAL PELA
ASSOCIAÇÃO TERAPÊUTICA CANNABIS MEDICINAL FLOR DA VIDA

NOME COMPLETO: _____
_____ NACIONALIDADE: _____
ESTADO CIVIL: _____ RG: _____ ORGÃO EMISSOR/UF _____
CPF: _____ ENDEREÇO: _____
_____ Nº: _____ CIDADE: _____
ESTADO/UF _____ COMPLEMENTO: _____ CEP: _____
REPRESENTANTE LEGAL DE (PREENCHA EM CASO DE MENOR DE IDADE OU INCAPAZ DE
RESPONDER POR SI MESMO): _____

NA QUALIDADE DE ASSOCIADO^a DA ASSOCIAÇÃO TERAPÊUTICA CANNABIS MEDICINAL FLOR DA VIDA, declaro que autorizo e concordo com o ajuizamento da AÇÃO frente UNIÃO FEDERAL e OUTROS, para reconhecimento do direito ao cultivo, extração e produção do óleo de CANNABIS E SEU FORNECIMENTO AOS ASSOCIADOS, para a finalidade medicinal, declarando, ainda, que sou portador de grave moléstia conforme documentos anexos e que sou beneficiado pelo óleo de Cannabis spp. produzido pela ASSOCIAÇÃO TERAPÊUTICA CANNABIS MEDICINAL FLOR DA VIDA, e disponibilizado mensalmente para meu exclusivo uso em prol da saúde. Por ser expressão da verdade, firmo este, sob as penalidades da lei.

_____, _____ de _____ de 2021

ASSOCIADO OU REPRESENTANTE LEGAL