

Instituto Nacional de Pesquisa, Ciência e Tecnologia da Saúde e Tratamento Medicinal –
CuraPro: Acolhe Vidas

AUTORIZAÇÃO PARA AJUIZAMENTO DE AÇÃO JUDICIAL CURAPRO: ACOLHE VIDAS

Eu, _____
Nome completo do mesmo associado responsável pelo cadastro

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

CPF nº: _____ - _____ RG nº: _____ - _____

Residente no endereço: _____

Nº: _____ CEP: _____ - _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

UF: _____ Telefone com DDD: (_____) - _____

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. Só escreva aqui se selecionar a segunda opção

Na qualidade de associado do **INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA SAÚDE E TRATAMENTO MEDICINAL - CURAPRO ACOLHE VIDAS**, 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 CURAPRO ACOLHE VIDAS** e disponibilizado para seu exclusivo consumo em prol de sua saúde.

Por ser a expressão da verdade, subscrevemos sob as penas de Lei.

_____, _____ de _____ de _____
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura do Associado Responsável

