



ABRACE

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE APOIO CANNABIS ESPERANÇA

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

Paciente:		Data de Nasc.: / /	
Responde por si mesmo? ()Sim ()Não		Data de Nasc.: / /	
Nome do responsável:			
Parentesco:	Profissão:	Estado Civil:	
R.G.:	Org. Emissor:	UF:	Emissão.: / /
C.P.F.:			
C.E.P.:	Endereço:		
	,nº.:		
Compl.:	Bairro:	Cidade:	Estado:
Telefones: () / ()		E-mail:	
Patologia:	Sintomas:		
Data do diagnóstico: / /	Médico Responsável:	C.R.M.:	UF:
Medicamentos administrados:			
Frequência da administração:			
Há quanto tempo administra:			

Houve tratamento com a Cannabis?:	
Médico Responsável:	C.R.M.:
Houve uso de importado:	Marca:
Motivo da interrupção:	

Responsável ou Paciente



ABRACE

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE APOIO CANNABIS ESPERANÇA

TERMO DE ADESÃO

Pelo presente, _____

(NOME, ESTADO CIVIL, PROFISSÃO, IDENTIDADE, CPF, ENDEREÇO) declara, para os devidos fins, que está ciente e conforme com todos os termos, cláusulas, condições e normas elencados no Manual de Ingresso e Permanência da Associação Brasileira de Apoio Cannabis Esperança – ABRACE, aderindo assim, em caráter irrevogável e irretratável, a seus respectivos teores integrais – inclusive a novas versões que venham a ser editadas, salvo manifestação contrária a ser expressa à ABRACE –, obrigando-se a respeitá-los e a cumpri-los fielmente, assumindo todos os direitos e obrigações deles decorrentes, e sujeitando-se às penalidades cabíveis, quando e se for o caso.

Ao firmar o presente, o(a) Aderente atesta ainda, para todos os fins e efeitos, ter os poderes necessários e suficientes para validamente vincular-se nos termos da declaração dada neste documento.

_____, _____ de _____ de _____.

Aderente