



AUTORIZAÇÃO PARA AJUIZAMENTO DE AÇÃO JUDICIAL PELA ABRACE

Eu, _____
Nome completo (do associado responsável)

Nacionalidade _____, Estado civil _____

CPF nº _____, RG nº _____

Residente na Rua/Av.: _____,

nº _____, Bairro: _____, Cidade: _____, UF: _____

Complemento: _____ e Telefone: () _____

Representante legal de (marque um "X" na opção):

() Estou me responsabilizando pelo meu tratamento.

() Estou me responsabilizando pelo tratamento da pessoa abaixo:

Nome completo da pessoa que está sendo representada

na qualidade de associado da **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE APOIO CANNABIS ESPERANÇA – ABRACE** – 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 pela ABRACE 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 2019
Cidade dia mês

Associado ou seu representante legal