



ABRACE

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE APOIO CANNABIS ESPERANÇA

AUTORIZAÇÃO PARA AJUIZAMENTO DE AÇÃO JUDICIAL PELA ABRACE

Eu, _____
Nome completo do mesmo associado responsável do cadastro

_____,
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 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 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 2021
Cidade dia mês

Assinatura do associado responsável

Parque Sólon de Lucena, 697, Centro,
João Pessoa – PB CEP: 58013-131