



ASSOCIAÇÃO DE CANNABIS MEDICINAL

## AUTORIZAÇÃO PARA AJUIZAMENTO DE AÇÃO JUDICIAL PELA NOSSA FLOR

Eu \_\_\_\_\_  
Nome completo do mesmo associado responsável pelo Cadastro

\_\_\_\_\_,  
Nacionalidade \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_

Residência na rua/Av: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ e

Telefone: \_\_\_\_\_

Marque um "X" na opção que você se enquadra:

( ) 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 de Cannabis Medicinal Nossa Flor*, 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 produzido pela *Nossa Flor* 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 2024  
Cidade \_\_\_\_\_ dia \_\_\_\_\_ mês

\_\_\_\_\_  
Assinatura do associado responsável