



TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Eu, _____
, portador do RG nº _____, inscrito sob o CPF nº _____, **DECLARO** para todos os fins de fato e de direito que estou ciente de todas as indicações, contraindicações e efeitos colaterais relacionados ao uso de produtos à base de *Cannabis spp.*, e que todas as informações foram passadas de forma clara e adequada, que os termos médicos e dúvidas foram devidamente esclarecidos pelo profissional que receitou o produto medicamentoso. E, também, que a Assessoria de Cannabis Medicinal – FLORES BRASIL, recomenda o uso de seus produtos terapêuticos de maneira isolada, conforme a indicação médica, sendo qualquer interação com produtos medicamentosos de outra natureza de inteira e total responsabilidade do prescritor.

Ressalto que, apesar dos esforços da comunidade científica, estou ciente de que a pesquisa com *Cannabis spp.* ainda é incipiente na descrição de eventuais interações medicamentosas, e seus efeitos, portanto, ainda não foram totalmente descritos e/ou seguem desconhecidos, quando em ação com outro(s) veículos ou agentes.

Expresso minha concordância e espontânea vontade em me submeter e/ou submeter menor sob a minha guarda, responsabilidade, proteção e cuidados ao tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

_____, _____,

CPF: