



AUTORIZAÇÃO PARA AJUIZAMENTO DE AÇÃO PELA ASSESSORIA DE CANNABIS MEDICINAL – FLORES BRASIL

NOME COMPLETO: _____

NACIONALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

RG: _____ ORGÃO EMISSOR/UF: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____ Nº: _____

COMPLEMENTO: _____ CIDADE: _____

ESTADO/UF: _____ CEP: _____

REPRESENTANTE LEGAL DE (PREENCHA EM CASO DE MENOR DE IDADE OU INCAPAZ DE RESPONDER POR SI MESMO): _____.

NA QUALIDADE DE ASSOCIADO^a, **DECLARO**, para os devidos fins de direito, que estou compromissado com o projeto de cultivo associativo de *Cannabis spp.* para fins terapêuticos, desenvolvido pela Assessoria de Cannabis Medicinal – FLORES BRASIL. E, ainda, que autorizo a Associação, na defesa do melhor interesse dos pacientes associados, a representação jurídica e administrativa nos mais diversos órgãos da administração pública dos três poderes, direta ou indireta, para a consecução dos objetivos da coletividade. Assim como, concordo com o ajuizamento de ação frente UNIÃO FEDERAL e OUTROS, **para reconhecimento do direito ao cultivo, extração e produção do óleo de cannabis e seu fornecimento aos associados**, para a finalidade terapêutica, declarando, ainda, que sou pessoa beneficiada pelo óleo de *Cannabis spp.* produzido pela FLORES BRASIL, disponibilizado para meu exclusivo uso em prol da saúde e qualidade de vida.

Por ser expressão da verdade, firmo este, sob as penalidades da lei.

_____, ____ DE ____ DE 20__

ASSOCIADO OU REPRESENTANTE LEGAL