



**AME-C**  
ASSOCIAÇÃO MEDICINAL CANÁBICA

## AUTORIZAÇÃO PARA AJUIZAMENTO DE AÇÃO JUDICIAL

Eu, \_\_\_\_\_,

Nome completo

Nacionalidade

Estado Civil

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Reside na Rua/Avenida: \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,

Bairro: \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Complemento \_\_\_\_\_ e Telefones: ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_

Representante legal do paciente pet: \_\_\_\_\_

Na qualidade de associado da Associação Medicinal Canábica, 43.357.295/0001-60, com sede Rua A Quadra 2, lote 2D. Chácara Itapanhaú, CEP 11.159-354 - Bertioga/SP, declaro que autorizo e concordo com a legitimidade da mesma para representar-me judicial ou extrajudicialmente, em todos os graus, esferas e instâncias, em especial para que se obtenha o reconhecimento do direito ao cultivo de Cannabis spp. para fins medicinais. Por fim, declaro que sou tutor de animal portador de moléstia grave, conforme documentos anexos e peço que seja beneficiado pelo uso de óleo de Cannabis spp.

Por expressão da verdade, subscrevemos sob as penas da lei.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2023  
Cidade Dia Mês

\_\_\_\_\_  
Representante legal