A preencher pela ACTEC:

FICHA DE INSCRIÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de inscrição provisório**: | |
| **Ponto da situação da inscrição**: ( ) Admitida ( ) Não admitida ( ) Aguardando ( ) Cancelada ( ) | |
| Data: | A Direção: |

A preencher pelo responsável ou paciente que seja responsável por si próprio:

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do paciente: | Data de Nascimento: |
| Responde por si mesmo? ( ) Sim ( ) Não | |
| Preencha aqui | |
| Nome do responsável: | Data de Nascimento: / / |
| Parentesco: | |

A preencher pelo responsável ou paciente que seja responsável por si próprio:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Profissão: | | | | | | Estado civil: | | |
| R.G: | | Org. Emissor: | UF: | Emissão: | | | | C.P.F.: |
| Endereço: | | | N°: | Bairro: | | | | |
| C.E.P.: | Cidade: | | Estado: | | | | Complemento: | |
| Telefones: | | | | | E-mail: | | | |

A preencher os dados do paciente que não seja responsável por si próprio:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| R.G.: | Org. Emissor: | UF: | Emissão: | C.P.F.: |

Os campos abaixo são para preenchimento da patologia do paciente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Patologia: | | |
| Sintomas: | | |
| Data do Diagnóstico: | | |
| Médico Responsável: | = CRM: | UF: |
| Medicamentos alopáticos de uso continuo: Não ( ) Sim ( ) | | |
| Frequência de administração: | | |
| Há quanto tempo administra: | | |
| Houve tratamento anteriormente com a Cannabis? Não ( ) Sim ( ) | | |
| Médico Responsável: | =CRM: | UF: |
| Houve uso de extrato importado? Não ( ) Sim ( ) | Qual marca? | |
| Motivo da interrupção: | | |

/ / Assinatura do Responsável ou Paciente responsável Data de Inscrição

**AUTORIZAÇÃO PARA AJUIZAMENTO DE AÇÃO JUDICIAL PELA ACTEC**

Eu, , , , Nome completo Nacionalidade Estado Cível

CPF n° , RG n°

Reside na Rua/Avenida: , n° ,

Bairro: , Cidade: , UF:

Complemento: e Telefones: ( ) , ( )

Representante legal de:

( ) Si mesmo

.

na qualidade de associado da **ASSOCIAÇÃO CEARESENSE DE ESTUDO E TERAIPIA CANNABICA –** 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 pelo ACTEC 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

Cidade Dia Mês Ano Associado ou seu representante legal