



- ASSOCIAÇÃO CEARENSE DE TERAPIA E ESTUDO CANNABICO -

FICHA DE INSCRIÇÃO

A preencher pela ACTEC:

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	
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:		Nº:	Bairro:	
Complemento:	C.E.P.:	Cidade:	Estado:	
Telefones:				

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 contínuo: 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:		



- ASSOCIAÇÃO CEARENSE DE TERAPIA E ESTUDO CANNABICO -

Assinatura do Responsável ou Paciente responsável

_____/_____/_____
Data de Inscrição



- ASSOCIAÇÃO CEARENSE DE TERAPIA E ESTUDO CANNABICO -

AUTORIZAÇÃO PARA AJUIZAMENTO DE AÇÃO JUDICIAL PELA ACTEC

Eu, _____, _____, _____,
Nome completo Nacionalidade Estado Cível

CPF nº _____, RG nº _____

Reside na Rua/Avenida: _____, nº _____,

Bairro: _____, Cidade: _____, UF: _____

Complemento: _____ e Telefones: () _____, () _____

Representante legal de:
() Si mesmo

_____.

na qualidade de associado da **ASSOCIAÇÃO CEARENSE DE ESTUDO E TERAPIA 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



- ASSOCIAÇÃO CEARENSE DE TERAPIA E ESTUDO CANNABICO -