

# FICHA DE INSCRIÇÃO

A preencher pela VerdeVida:

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: ( ) / ( )		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 administrados:		
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:		

, de de 2026  
Cidade Dia Mês

Assinatura do Responsável ou Paciente responsável

## AUTORIZAÇÃO PARA AJUIZAMENTO DE AÇÃO JUDICIAL PELA VERDEVIDA

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 **VERDEVIDA ASSOCIAÇÃO** – declaro que autorizo e concordo da Associação como controladora de meus dados sensíveis, em razão da minha filiação na qualidade de associado terapêutico, organizando o banco de dados e o compartilhamento de informações sobre minha saúde para que disponham dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, no exercício de sua função social de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018, pelos seus membros parceiros e voluntários. Também, autorizo 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*. produzido pela **VERDEVIDA ASSOCIAÇÃO** 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 2026 Cidade \_\_\_\_\_ Dia  
Mês

ASS: \_\_\_\_\_  
Associado ou seu representante legal

Rua Ivo Henrique 1054, Bertioga, SP.

CEP 11250234