TERMO CONSOLIDADO DE INSCRIÇÃO, AUTORIZAÇÃO DE AJUIZAMENTO E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

EXEMPLO COM DADOS FICTÍCIOS - DOCUMENTO AINDA NÃO ASSINADO

Este documento consolida as informações de qualificação dos associados/responsáveis legais, bem como suas autorizações para inscrição na ABPCM, ajuizamento de ação judicial e aceitação do termo de consentimento livre e esclarecido. Ao assinar este documento, o associado ou seu representante legal concorda com todos os termos aqui descritos.

São signatários deste termo a Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal - ABPCM, entidade sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 58.002.162/0001-49, com sede na Avenida Paulista, 1636, Conjunto 4, Pavimento 15, Sala 1504, Bela Vista, CEP 01310-200, São Paulo - SP, neste ato representada por seu presidente, Sr. Leonardo Scolari Aliende, brasileiro, solteiro, psicólogo, inscrito no CRP sob o nº 06/118380, portador do RG nº 46.660.716-7 SSP/SP e inscrito no CPF sob o nº 383.715.288-09; e o associado, qualificado a seguir, representado por seu responsável legal quando aplicável. Os signatários estabelecem as condições e declarações a seguir.

1. QUALIFICAÇÃO DO ASSOCIADO/RESPONSÁVEL LEGAL

Dados pessoais do associado/paciente

> Maria Exemplo da Silva, de nacionalidade Brasileira, estado civil Solteira, profissão Professora, com nascimento em 15/03/1985, inscrito(a) no CPF sob o nº 111.444.777-35, portador(a) do RG nº 00.000.000-0, expedido por SSP/SP, residente e domiciliado(a) em Rua de Exemplo, 100, Apartamento 12, Bela Vista, São Paulo - SP, CEP 01310-200. Patologia / CID: Condição de saúde e CID - exemplo fictício.

Responsável legal: não se aplica.

2. DECLARAÇÃO GERAL

Eu, Maria Exemplo da Silva, declaro para os devidos fins de direito:

2.1. Inscrição como Associado da ABPCM:

Estou ciente e concordo com minha inscrição como associado(a) da ABPCM - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PACIENTES DE CANNABIS MEDICINAL, CNPJ nº 58.002.162/0001-49 , e assumo os direitos e deveres inerentes à condição de associado.

Os documentos necessários para minha inscrição estão anexos a este documento, incluindo RG, CPF, comprovante de endereço, receita e laudos emitidos por profissional legalmente habilitado.

2.2. Autorização para Ajuizamento de Ação Judicial:

Autorizo o ajuizamento de ação judicial, por advogado legalmente contratado pela ABPCM, para reconhecimento do direito ao cultivo associativo de Cannabis sativa L. para fins medicinais e demais finalidades expressas no Estatuto Social, observada a legislação aplicável.

Declaro que sou portador(a) de condição de saúde conforme documentos anexos e que sou beneficiado(a) pelos produtos de Cannabis sativa L. produzidos pela ABPCM, disponibilizados conforme prescrição de profissional legalmente habilitado, para meu exclusivo consumo em prol de minha saúde.

2.3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Tomei conhecimento das informações fornecidas sobre o uso compassivo de Cannabis sativa L., indicado pelo profissional prescritor legalmente habilitado que acompanha meu tratamento.

Declaro que o profissional prescritor me informou que os preparados associativos prescritos não se tratam de medicamentos, produtos farmacêuticos ou insumos terapêuticos aprovados, não possuindo registro como medicamento junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Sua disponibilização observará as autorizações aplicáveis à ABPCM e, quando cabível, as iniciativas regulatórias experimentais previstas na legislação vigente.

Estou ciente dos possíveis efeitos associados ao tratamento, incluindo sonolência, fraqueza, alterações do apetite e interações medicamentosas.

Concordo com o uso deste tratamento em caráter compassivo e excepcional, devido à ausência de resposta de minha doença às outras medicações disponíveis.

Estou ciente de que o profissional prescritor responsável poderá responder às minhas dúvidas quando necessário e de que não há garantia absoluta dos resultados deste tratamento.

2.4. Condição financeira e mantença do tratamento:

Declaro que não disponho de recursos financeiros suficientes para arcar, de forma sustentável, com os produtos importados ou disponibilizados por outras associações necessários ao meu tratamento. Minha inscrição na ABPCM visa compatibilizar o custo-benefício com a manutenção e a continuidade do tratamento, inclusive mediante participação, quando possível, em programas de doação e atendimentos beneficentes, conforme os critérios e a disponibilidade da associação.

Por ser a expressão da verdade, subscrevo o presente documento sob as penas da Lei.

Local e data: São Paulo / SP, 08/10/2026.

_____

Maria Exemplo da Silva
CPF: 111.444.777-35
Associado/paciente