

## **AUTORIZAÇÃO PARA AJUIZAMENTO DE AÇÃO JUDICIAL PELA SANTA KAYA**

Na qualidade de associado da **ASSOCIAÇÃO DE APOIO A PACIENTES E PESQUISA DE CANNABIS MEDICINAL - SANTA KAYA** declaro que autorizo e concordo com o ajuizamento da Ação frente a **UNIAO FEDERAL** e impetração do Habeas Corpus coletivo para reconhecimento do direito ao cultivo, importação, armazenamento, fabricação e todo tipo de logística com finalidade de dar acesso a produtos a base de Cannabis sativa L. para finalidade medicinal, declarando ainda, que o representado e portador de molestia conforme documentos anexados e que é beneficiado pelo Extrato de Cannabis sativa L. produzido ou intermediado pela **SANTA KAYA** e disponibilizado para seu exclusivo consumo em prol de sua saúde.

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

Avenida das Americas 3120 Bloco 02 Loja 102 - Barra da Tijuca  
Rio de Janeiro - RJ - CEP 22.640-102.

*Adryan Gabriel Santos Silva*

---

*Assinatura do Associado*

*Ariele Ferreira da Silva Santos*

*Ariele Ferreira da Silva Santos*

---

*Assinatura do Responsavel Legal*

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF **028.797.391-36** DNI \*\*\*\*\*

RG **2.778.351 2ª VIA**

DATA DE EXPEDIÇÃO **21/05/2019**

REGISTRO CIVIL

C.CAS. 021303.01.55.2014.2.00032.215.0009515.69 (25/07/2014)

PLANALTINA - DF

T ELEITOR

\*\*\*\*\*

CTPS

\*\*\*\*\*

SÉRIE

UF

POLEGAR DIREITO

NIS/PIS/PASEP

\*\*\*\*\*

IDENTIDADE PROFISSIONAL

\*\*\*\*\*

CERT. MILITAR

\*\*\*\*\*

CNH

\*\*\*\*\*

CNS

\*\*\*\*\*



Simão Pedro Teixeira Albuquerque  
ASSINATURA DO DIRETOR

4C75446D

NEIBI 01

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



**DISTRITO FEDERAL**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL

DPT - INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME

**ARIELE FERREIRA DA SILVA SANTOS**



FILIAÇÃO

**EDILSON BRAZ DA SILVA**

**SUELI FERREIRA DA SILVA**

DATA NASCIMENTO

**06/07/1990**

NATURALIDADE

**BRASÍLIA / DF**

OBSERVAÇÃO

\*\*\*\*\*

TIPO/FATOR RH

\*\*\*\*\*

*Arielle Ferreira da Silva Santos*

ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**