



SANTA KAYA

ASSOCIAÇÃO DE PACIENTES DE CANNABIS MEDICINAL

Eu, Kairla Rocha de Pontes Ferreira, inscrito(a) no CPF de nº 11558928448, responsável legal pelo(a) paciente Alice Ferreira Dos Santos, Feminino, nascido(a) em 18/01/2020, inscrito(a) no CPF de nº 16979993445, e carteira de identidade nº 06881701552020100028028002345611, residente no endereço Rua Alto Casteliano, nº 1775, complemento Casa, Maternidade, Patos, PB, CEP nº 58701398, com endereço de e-mail kairlaferreiras@gmail.com, me associo a **ASSOCIAÇÃO DE APOIO A PACIENTES E PESQUISA DE CANNABIS MEDICINAL – SANTA KAYA**, inscrita no CNPJ de nº 52.096.475/0001-27.

Autorizo e concordo, na qualidade de associado(a), a **ASSOCIAÇÃO DE APOIO A PACIENTES E PESQUISA DE CANNABIS MEDICINAL – SANTA KAYA** com o ajuizamento da Ação frente a UNIAO FEDERAL e impetração do Habeas Corpus coletivo para reconhecimento do direito de cultivo, importação, armazenamento e fabricação de produtos a base de Cannabis sativa L. para finalidade medicinal, declarando que eu sou portador(a) de Autismo, e, conforme anexos e que é beneficiado(a) pelo Extrato de Cannabis sativa L. produzido pela **SANTA KAYA** e disponibilizado para seu exclusivo consumo em prol da saúde.

Alice Ferreira Dos Santos

Assinatura do Associado

Kairla Rocha de Pontes Ferreira

Assinatura do Responsável Legal