



**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 Acao frente a UNIAO FEDERAL e impetracao do Habeas Corpus coletivo para reconhecimento do direito de cultivo, importacao, armazenamento e fabricacao de produtos a base de Cannabis sativa L. para finalidade medicinal, declarando que eu sou portador(a) de Autismo, e, conforme anexos e que e beneficiado(a) pelo Extrato de Cannabis sativa L. produzido pela **SANTA KAYA** e disponibilizado para seu exclusivo consumo em prol da saude.

*Alice Ferreira Dos Santos*

*Assinatura do Associado*

*Kairla Rocha de Pontes Ferreira*

*Kairla Rocha de Pontes Ferreira*

*Assinatura do Responsavel Legal*

ASSOCIAÇÃO DE APOIO A PACIENTES E PESQUISA DE CANNABIS MEDICINAL – SANTA KAYA  
CNPJ: 52.096.475/0001-27