

## TERMO DE ADESÃO, AJUIZAMENTO E AUTORIZAÇÃO

### Formalização de admissão como associado paciente do Instituto Adesaf

Dados do paciente		
Nome:		
Data de nasc.:	RG:	CPF:
Endereço:		
Complemento:	Cidade:	Estado:
Bairro:	CEP:	Telefone:
E-mail:		

Dados do RESPONSÁVEL pelo associado paciente		
Nome do responsável legal:		
Data de nasc.:	RG:	CPF:
Endereço:		
Complemento:	Cidade:	Estado:
Bairro:	CEP:	Telefone:
E-mail:		

O associado paciente, acima qualificado, que pode ser representado por quem tenha a sua tutela, que, neste caso, deverá ser comprovada por meio de documento, adere como associado paciente ao Instituto Articulação de Tecnologias Sociais e Ações Formativas (Adesaf), inscrito no CNPJ sob o nº 04.468.581/0001-41, com sede à Rua Guarany, 70, bairro Parque São Vicente, no município de São Vicente, Estado de São Paulo, CEP: 11.360-000, por intermédio do Núcleo de Atenção à Saúde e Cuidados Integrativos (NASCI).

**Por este Termo, confirmo a minha ADESÃO ao Instituto de Tecnologias Sociais e Ações Formativas (Adesaf), na qualidade de ASSOCIADO PACIENTE, estando ciente e concordando com as disposições aqui presentes.**

De acordo com o Estatuto Social do Instituto Adesaf, o associado paciente é o que necessita de acolhimento e tratamento médico à base de maconha (*Cannabis Sativa*),



e eu declaro que tenho ciência e concordo com o Estatuto Social do Instituto Adesaf, disponível no site [www.adesaf.org.br](http://www.adesaf.org.br).

Na defesa dos direitos dos associados pacientes, eu autorizo que o Instituto Adesaf promova, em meu nome, ações nas esferas judicial, extrajudicial e administrativa, em todos os níveis federativos, em órgãos públicos ou não, visando à autorização para plantar, manipular e produzir o remédio derivado de maconha (*Cannabis sativa*) para fins medicinais.

O associado paciente declara ter ciência e concorda que o acesso aos produtos derivados de maconha (*Cannabis sativa*) é de uso pessoal e intransferível, de acordo com receita médica.

O associado paciente manifesta sua ciência e concordância de que este instituto terá acesso, fará a coleta e o armazenamento de suas informações pessoais, bem como de receita médica, laudo médico e RG, que possuem caráter confidencial e sigiloso, podendo ser utilizadas para comprovação da condição clínica e social dos associados pacientes em ações judiciais, extrajudiciais, administrativas ou para atendimento aos órgãos de controle, que devem manter o sigilo e a confidencialidade das informações e documentos.

Ao aceitar este Termo de Adesão, o associado paciente fica ciente que o Instituto Adesaf poderá coletar informações sobre seu tratamento, perfil e outras características que tenhamos conhecimento, a fim de criar um banco de dados para pesquisa. Esses dados poderão ser coletados por terceiros (pesquisas acadêmicas, pesquisadores contratados etc.) ou internamente, porém, a identidade dos associados permanecerá preservada.

As normas presentes neste Termo de Adesão poderão ser alteradas a qualquer momento, a critério exclusivo da Diretoria deste Instituto, e serão sempre comunicadas ao associado paciente pelo endereço de e-mail indicado no seu cadastro.

No caso de adesão ao Instituto Adesaf por meio de representante legal/tutor, fica o representante/tutor ciente que deverá responder por todas ações e interesses de seu representado, no âmbito do Instituto Adesaf, referentes à qualidade de associado paciente.

Declaro ter ciência que estou recebendo isenção ao pagamento da anuidade prevista no Estatuto Social como associado paciente, portanto, não irei efetuar qualquer contribuição para me associar e manter a condição de associado paciente a esta



instituição, o que não deve se confundir com contribuições para o rateio do investimento necessário para a produção do remédio.

Este Termo de Adesão tem prazo de 24 (vinte e quatro) meses a partir da data de matrícula (cadastro efetivado) do paciente associado, e é renovável automaticamente por igual período.

O associado poderá cancelar sua associação desde que avise ao Instituto Adesaf, por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência.

Em caso de descumprimento de quaisquer obrigações e/ou regras descritas neste Termo de Adesão por parte do associado paciente, este Instituto poderá excluí-lo do quadro de associados, sem prejuízo de sanções cíveis e penais eventualmente cabíveis.

( ) Solicito a adesão como associado paciente do Instituto Adesaf e declaro que concordo com os termos aqui presentes. Declaro, ainda, que todas as informações fornecidas neste documento são verdadeiras, e subscrevo-o sob as penas da lei.

São Vicente, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

ASSOCIADO PACIENTE

NOME:

RG:

REPRESENTANTE LEGAL

NOME:

RG:

- Este documento pode ser assinado digitalmente, por meio de plataformas verificáveis, como a do site do Governo Federal (<https://www.gov.br/governodigital/pt-br/assinatura-eletronica>).

