



Dados Pessoais

Nome: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: Feminino[] Masculino[]
CPF: _____ RG: _____ Emissor: _____ Emissão: ___/___/___
Estado Civil: _____ Profissão: _____ Empresa: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ Whatsapp: (____) _____
E-mail: _____

Responsável Legal:

Nome: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: Feminino[] Masculino[]
CPF: _____ RG: _____ Emissor: _____ Emissão: ___/___/___
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ Whatsapp: (____) _____
E-mail: _____

Informações sobre a(s) patologia(s)

Patologia/CID	Principais Sintomas	Ano Diagnóstico	Médico

Medicamentos Administrados

Medicamento	Frequência	Tempo de Uso

Informações Gerais

Já fez tratamento com cannabis? () Sim () Não
Médico Prescritor: _____ CRM: _____
Medicamento: _____ Importado? () Sim () Não
Interrompeu o tratamento? Qual motivo?: _____

Data: ___/___/___ Assinatura: _____