

INSTITUTO ESPIRITUAL XAMÂNICO CÉU SAGRADO CORAÇÃO DO AMOR DIVINO

Irmanado ao Instituto Céu Nossa Senhora da Conceição

RUA: ANA MARIA, 05 – VILA SANTA LUZIA – SÃO BERNARDO DO CAMPO – SP – CNPJ- 16.887.239/0001-65

(Preencha todos os campos e escreva com LETRA LEGÍVEL)

SEXO () Masc. () Fem.

NOME COMPLETO						
DATA NASCIMENTO / /			R.G.		C.P.F.	
ENDEREÇO						
BAIRRO			CIDADE			ESTADO
CEP		TELEFONE FIXO ()			CELULAR ()	
EMAIL LEGÍVEL					Nº Passaporte	

Responda com sinceridade todas as questões. Isso é fundamental para um trabalho seguro e responsável.

Complete o quadro, marcando com um X onde for necessário:

QUADRO	Nunca Usou	Usa (com frequência)	Usa (às vezes)	Usou durante quanto tempo?	Há quanto tempo parou de usar?	A ayahuasca me ajudou a parar de usar
ÁLCOOL						
CIGARRO						
MACONHA						
COCAÍNA						
CRACK						
LSD						
OUTRA(s)						
() SIM	Apresenta doença psiquiátrica (de acordo com parecer médico)? Especifique qual:					() NÃO
() SIM	Faz uso de psicotrópicos (ex: remédios tarja preta ou de receita controlada)? Especifique:					() NÃO
() SIM	RECENTEMENTE fez alguma cirúrgica, Especifique Que Tipo: _____ Quanto tempo: _____ Devido à cirurgia faz uso da seguinte medicação:				() NÃO	
() SIM	Apresenta algum problema respiratório? Especifique:					() NÃO
() SIM	Tem Alergia? Especifique:					() NÃO
() SIM	É diabético? Faz uso de insulina? () NÃO					() NÃO
() SIM	Apresenta problema cardíaco (Coração)? Especifique qual: Devido ao problema do coração uso o seguinte medicamento:					() NÃO
() SIM	Apresenta Hipotensão () ou Hipertensão () Usa medicação? Qual?					() NÃO
() SIM	Apresenta problemas de estômago? Especifique qual:					() NÃO
() SIM	Apresenta problemas de fígado? Especifique qual:					() NÃO
() SIM	Apresenta algum tipo de: () Convulsão ou () Epilepsia					() NÃO
() SIM	Está grávida? De quanto tempo? () meses					() NÃO
Se apresentar outra observação importante referente à sua saúde escreva neste espaço:						

- DECLARO SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS E RESPONSABILIZO-ME INTEIRAMENTE PELAS MESMAS.

- DECLARO QUE NO CASO DE QUALQUER MUDANÇA NESTAS INFORMAÇÕES, AVISAREI PRONTAMENTE AO DIRETOR DO INSTITUTO PARA AS MEDIDAS CABÍVEIS E ALTERAÇÃO CADASTRAL.

- ESTOU CIENTE DE SER UM TRABALHADOR ESPIRITUAL COM ESTADO AMPLIADO DE CONSCIÊNCIA PELO DO USO INGESTIVO DE AYAHUASCA (VINHO DAS ALMAS).

- DECLARO A CIÊNCIA DAS CONSEQUÊNCIAS FÍSICAS E PSICOLÓGICAS QUE ENVOLVEM ESTE TRABALHO, QUE INFORMAÇÕES OMITIDAS PODEM SIGNIFICAR RISCOS, E QUE ACEITO E ME RESPONSABILIZO DE LIVRE E ESPONTÂNEA VONTADE.

- ESTOU CIENTE E DE PLENO ACORDO QUE, UMA VEZ INICIADO, SÓ PODEREI DEIXAR O RECINTO APÓS O TÉRMINO DO RITUAL OU MEDIANTE AUTORIZAÇÃO ASSINADA PELO DIRIGENTE PRESENTE.

- ESTOU CIENTE DE QUE NESSE INSTITUTO ESPIRITUAL É EXPRESSAMENTE PROIBIDO PORTAR OU USAR QUALQUER TIPO DE DROGA OU SUBSTÂNCIA PROIBIDA POR LEI, BEM COMO FUMAR CIGARRO.

- DECLARO ESTAR DE PLENO ACORDO E ME COMPROMETO A RESPEITAR E SEGUIR AS NORMAS DESSE INSTITUTO ESPIRITUAL E QUE AUTORIZO O USO GRATUITO DE MEUS DADOS NESTA FICHA, IMAGEM, VOZ, E EVENTUAL TESTEMUNHO, NO PODER PÚBLICO, PARA USO EM PESQUISA, ESTUDOS, E OUTROS INSTITUCIONAIS, E AINDA PARA VEICULAÇÃO NA MÍDIA ELETRÔNICA E/OU IMPRESSA.

- DECLARO ESTAR CIENTE QUE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE QUAISQUER DESTAS E DEMAIS REGRAS E DIRETRIZES, FICAREI SUJEITO AOS RISCOS INERENTES, A MEDIDAS SUSPENSIVAS, INCLUSIVE EM INSTITUOS PARCEIROS, E ÀS PENAS DA LEI.

- TENHO CIÊNCIA DE QUE NÃO HAVERÁ REEMBOLSO EM CASO DE DESISTÊNCIA OU DESLIGAMENTO DO EVENTO.

Assine Aqui: _____ Local: _____ HOJE É DIA: ____/____/____

_____ RG _____ CPF _____

(Assinatura e Dados do Responsável caso a pessoa for Menor de Idade.)