

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PARTICIPAÇÃO SESSÃO ESPIRITUAL COM A UTILIZAÇÃO DAS MEDICINAS SAGRADAS DA FLORESTA AYAHUASCA, RAPÉ, SANANGA E KAMBO

Eu abaixo assinado, venho de livre e espontânea vontade solicitar o acesso a Sessão Espiritual com a utilização das Sagradas Medicinas da Floresta Ayahuasca, Rapé, Sananga e Kambo, realizada no dia e local abaixo referidos. Declaro sou maior de idade, totalmente capaz e em pleno gozo das minhas faculdades mentais e me responsabilizo inteiramente pelas consequências da ingestão das Medicinas acima referidas. Declaro que seguirei todas orientações e recomendações dos Cuidadores e Dirigente da sessão e que não estou suspenso por quaisquer motivos, de outras associações e grupos que fazem usos dessas medicinas, nem possuo qualquer contraindicação de profissionais da saúde para participar de tais sessões. Declaro que não fiz uso, nas últimas 24 horas, de quaisquer medicamentos e drogas ilícitas, sabidamente contra indicadas para o uso concomitante com estas Medicinas. Por fim declaro serem verdadeiras todas afirmações neste documento declaradas.

Nome: _____

Rg: _____

Cpf: _____

Data de Nascimento: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

Email: _____

Data e local da Sessão Espiritual

Assinatura do participante



Av. Gov. Mário Covas Júnior, 4183 - Cidade Nova Peruíbe, Peruíbe - SP, 11775-442, Brasil

