

**INSTITUTO XAMÂNICO OM MANI PADME HUM**

CNPJ: 23.328.011/0001-09

RODOVIA ARARAQUARA - JAÚ KM 88 + 100 MTS

(Preencha todos os campos e escreva com **LETRA LEGÍVEL**)

SEXO ( ) Masc. ( ) Fem.

NOME COMPLETO		
DATA NASCIMENTO / /	R.G.	C.P.F.
ENDEREÇO		Nº
BAIRRO	CIDADE	ESTADO
CEP	TELEFONE FIXO ( )	CELULAR ( )
E-MAIL		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:

( ) SIM	Faz uso de substância psicoativas? (Ex: cocaína, crack, LSD, outras...) Quais? _____ Data aproximada do último uso: / /	( ) NÃO
( ) SIM	Faz uso de Psicotrópicos? (Ex: Remédio Tarja Preta ou de receita controlada) Especifique:	( ) NÃO
( ) SIM	Já teve diagnóstico de doença psiquiátrica? (EX: esquizofrenia, Transtorno Bipolar, outros)	( ) NÃO
( ) SIM	Tem algum familiar com diagnóstico de esquizofrenia?	( ) NÃO
( ) SIM	Se sente ou já se sentiu sendo perseguido?	( ) NÃO
( ) SIM	Sente Algum tipo de perturbação mental? Especifique:	( ) NÃO
( ) SIM	Já teve surto psicótico?	( ) NÃO
( ) SIM	RECENTEMENTE fez alguma cirurgia, Especifique: Que Tipo: Quanto tempo: Devido à cirurgia, toma Remédio ? Qual:	( ) NÃO
( ) SIM	Apresenta algum problema relacionado ao aparelho respiratório? Especifique:	( ) NÃO
( ) SIM	Tem Alergia? Especifique:	( ) NÃO
( ) SIM	É diabético? Toma insulina? ( ) NÃO	( ) NÃO
( ) SIM	Está grávida? De quanto tempo? ( ) meses	( ) NÃO
Apresenta algum tipo de: ( ) Convulsão ou ( ) Epilepsia		( ) NÃO
Apresenta problema cardíaco "Coração"? ( ) Hipotensão ou ( ) Hipertensão Outro:		( ) NÃO
Se apresenta alguma informação importante referente à sua saúde escreva neste espaço:		

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

DECLARO QUE QUALQUER ALTERAÇÃO NAS INFORMAÇÕES PRESTADAS, AVISAREI PRONTAMENTE AO DIRETOR DO INSTITUTO, PARA AS MEDIDAS CABÍVEIS E MUDANÇA NA FICHA DE CADASTRO.

ESTOU CIENTE DE QUE SE TRATA DE UM TRABALHO ESPIRITUAL COM ESTADO AMPLIADO DE CONSCIÊNCIA ATRAVÉS DO USO INGESTIVO DE AYAHUASCA ( VINHO DAS ALMAS ).

DECLARO QUE TENHO 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 EXPRESSA VONTADE.

ESTOU CIENTE E DE PLENO ACORDO DE QUE UMA VEZ INICIADO O TRABALHO ESPIRITUAL SO PODEREI DEIXAR O RECINTO APÓS O TERMINO DO RITUAL OU MEDIANTE AUTORIZAÇÃO ASSINADA PELO DIRIGENTE PRESENTE.

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

DECLARO ESTAR DE PLENO ACORDO COM AS NORMAS DESSE INSTITUTO ESPIRITUAL E AUTORIZO A UTILIZAÇÃO DA MINHA IMAGEM , VOZ E TESTEMUNHO ( caso tenha feito ) A TÍTULO GRATUITO, EM NOTÍCIA PROMOCIONAL , 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, E AS PENAS DA LEI.

COMPROMETO - ME A RESPEITAR E SEGUIR AS NORMAS DESSE INSTITUTO TENHO CIÊNCIA DE QUE NÃO HAVERÁ REEMBOLSO CASO EU DESISTA OU SEJE DESLIGADO DO EVENTO.

Assine Aqui: \_\_\_\_\_ Hoje é dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ R.G. \_\_\_\_\_ C.P.F. \_\_\_\_\_

(Assinatura e dados do responsável caso a pessoa for menor de Idade.)

" DECLARO TER PARTICIPADO NO EVENTO DO INSTITUTO NESTA DATA, ACEITO DE LIVRE E EXPRESSA VONTADE E ME RESPONSABILIZO A SEGUIR AS CONDIÇÕES DO INSTITUTO E RECOMENDAÇÕES DOS DIRIGENTES E FISCAIS NO EVENTO E LOCAL. AFIRMO A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES HOJE PRESTADAS COMO COMPLEMENTO À FRENTE DESTA FOLHA. "

HOUVE ALTERAÇÃO EM SUA SAÚDE OU DADOS PESSOAIS? (ou marque "não")	NÃO
---	-----

ESPECIFIQUE:

ASSINATURA IGUAL R.G. →	/	/
-------------------------	---	---

DECLARO TER PARTICIPADO NO EVENTO DO INSTITUTO NESTA DATA, ACEITO DE LIVRE E EXPRESSA VONTADE E ME RESPONSABILIZO A SEGUIR AS CONDIÇÕES DO INSTITUTO E RECOMENDAÇÕES DOS DIRIGENTES E FISCAIS NO EVENTO E LOCAL. AFIRMO A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES HOJE PRESTADAS COMO COMPLEMENTO À FRENTE DESTA FOLHA. "

HOUVE ALTERAÇÃO EM SUA SAÚDE OU DADOS PESSOAIS? (ou marque "não")	NÃO
---	-----

ESPECIFIQUE:

ASSINATURA IGUAL R.G. →	/	/
-------------------------	---	---

DECLARO TER PARTICIPADO NO EVENTO DO INSTITUTO NESTA DATA, ACEITO DE LIVRE E EXPRESSA VONTADE E ME RESPONSABILIZO A SEGUIR AS CONDIÇÕES DO INSTITUTO E RECOMENDAÇÕES DOS DIRIGENTES E FISCAIS NO EVENTO E LOCAL. AFIRMO A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES HOJE PRESTADAS COMO COMPLEMENTO À FRENTE DESTA FOLHA. "

<p><b>HOUE ALTERAÇÃO EM SUA SAÚDE OU DADOS PESSOAIS?</b> (ou marque "não")</p>	<p><b>NÃO</b></p>
--	-------------------

ESPECIFIQUE:

ASSINATURA IGUAL R.G. →	/ /
-------------------------	-----

" DECLARO TER PARTICIPADO NO EVENTO DO INSTITUTO NESTA DATA, ACEITO DE LIVRE E EXPRESSA VONTADE E ME RESPONSABILIZO A SEGUIR AS CONDIÇÕES DO INSTITUTO E RECOMENDAÇÕES DOS DIRIGENTES E FISCAIS NO EVENTO E LOCAL. AFIRMO A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES HOJE PRESTADAS COMO COMPLEMENTO À FRENTE DESTA FOLHA. "

HOUE ALTERAÇÃO EM SUA SAÚDE OU DADOS PESSOAIS? (ou marque "não")	NÃO
--	-----

ESPECIFIQUE:

ASSINATURA IGUAL R.G. →	/ /
-------------------------	-----

DECLARO TER PARTICIPADO NO EVENTO DO INSTITUTO NESTA DATA, ACEITO DE LIVRE E EXPRESSA VONTADE E ME RESPONSABILIZO A SEGUIR AS CONDIÇÕES DO INSTITUTO E RECOMENDAÇÕES DOS DIRIGENTES E FISCAIS NO EVENTO E LOCAL. AFIRMO A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES HOJE PRESTADAS COMO COMPLEMENTO À FRENTE DESTA FOI HA "

HOUVE ALTERAÇÃO EM SUA SAÚDE OU DADOS PESSOAIS? (ou marque "não")	NÃO
---	-----

ESPECIFIQUE:

ASSINATURA IGUAL R G →	/	/
------------------------	---	---

" DECLARO TER PARTICIPADO NO EVENTO DO INSTITUTO NESTA DATA, ACEITO DE LIVRE E EXPRESSA VONTADE E ME RESPONSABILIZO A SEGUIR AS CONDIÇÕES DO INSTITUTO E RECOMENDAÇÕES DOS DIRIGENTES E FISCALIS NO EVENTO E LOCAL. AFIRMO A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES HOJE PRESTADAS COMO COMPLEMENTO À FRENTE DESTA FOLHA "

HOUVE ALTERAÇÃO EM SUA SAÚDE OU DADOS PESSOAIS? (ou marque "não")	NÃO
---	-----

ESPECIFIQUE:

ASSINATURA IGUAL R.G. →	/ /
-------------------------	-----

" DECLARO TER PARTICIPADO NO EVENTO DO INSTITUTO NESTA DATA, ACEITO DE LIVRE E EXPRESSA VONTADE E ME RESPONSABILIZO A SEGUIR AS CONDIÇÕES DO INSTITUTO E RECOMENDAÇÕES DOS DIRIGENTES E FISCALS NO EVENTO E LOCAL. AFIRMO A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES HOJE PRESTADAS COMO COMPLEMENTO À FRENTE DESTA FOLHA. "

HOUVE ALTERAÇÃO EM SUA SAÚDE OU DADOS PESSOAIS? (ou marque "não")	NÃO
---	-----

ESPECIFIQUE:

ASSINATURA IGUAL P.G.	/	/
-----------------------	---	---

" DECLARO TER PARTICIPADO NO EVENTO DO INSTITUTO NESTA DATA, ACEITO DE LIVRE E EXPRESSA VONTADE E ME RESPONSABILIZO A SEGUIR AS CONDIÇÕES DO INSTITUTO E RECOMENDAÇÕES DOS DIRIGENTES E FISCAIS NO EVENTO E LOCAL. AFIRMO A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES HOJE PRESTADAS COMO COMPLEMENTO À FRENTE DESTA FOLHA. "

<p><b>HOUE AL TERACÃO EM SUA SAÚDE. QUA DADOS PESSOAIS?</b> (ou marque "não")</p>		<p><b>NÃO</b></p>
---	--	-------------------

ESPECIFIQUE:

ASSINATURA IGUAL B.C.		/	/
-----------------------	--	---	---

" DECLARO TER PARTICIPADO NO EVENTO DO INSTITUTO NESTA DATA, ACEITO DE LIVRE E EXPRESSA VONTADE E ME RESPONSABILIZO A SEGUIR AS CONDIÇÕES DO INSTITUTO E RECOMENDAÇÕES DOS DIRIGENTES E FISCAIS NO EVENTO E LOCAL. AFIRMO A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES LIGAS PRESTADAS COMO COMPLEMENTO À PRESENTE FOLHA. "

HOUVE ALTERAÇÃO EM SUA SAÚDE OU DADOS PESSOAIS? (se marcar "não")	NÃO
---	-----

ESPECÍFICO:

L'OFFICIER QUALIFIÉ:	
ASSINATURE AIGLE D'OR	/ /

" DECLARO TER PARTICIPADO NO EVENTO DO INSTITUTO NESTA DATA, ACEITO DE LIVRE E EXPRESSA VONTADE E ME RESPONSABILIZO A SEGUIR AS CONDIÇÕES DO INSTITUTO E RECOMENDAÇÕES DOS DIRIGENTES E FISCAIS NO EVENTO E LOCAL. AFIRMO A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES NÃO PRESTADAS COMO COMPLEMENTO À PRESENTE FOLHA."

DAS INFORMAÇÕES HOJE PRESTADAS COMO COMPLEMENTO A FRENTE DESTA FOLHA.	
OCORRÊ ALTERAÇÃO EM SUA SAÚDE OU DOS PESSOAL? (se marcar "não")	NÃO

ESPECIFIQUE:

ESPECÍFICO:	
ASSINATURA DO	/ /

ASSINATURA IGUAL R.G. →	/ /
-------------------------	-----