



## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PARTICIPAR DO RITUAL COM AYAHUASCA

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefones: (     ) \_\_\_\_\_ (     ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo assinado, venho solicitar o ingresso às sessões espirituais com a Medicina Sagrada (Ayahuasca) no Instituto Céu Interior.

Declaro também que sou maior de idade, plenamente capaz, que estou em pleno gozo das minhas faculdades mentais, e que vim tomar a Medicina Sagrada (Ayahuasca), por livre e espontânea vontade, me responsabilizando pelas consequências da ingestão desta Sagrada Bebida. Declaro que obedecerei a todas as determinações dos Cuidadores e do Dirigente dos trabalhos e que não estou suspenso dos trabalhos pelas diretorias de quaisquer Associações ou Igrejas da Doutrina do Santo Daime ou de Institutos Xamânicos. Declaro ainda que não fiz uso nas últimas 72 horas de quaisquer dos medicamentos e drogas ilícitas, sabidamente contraindicadas para o uso concomitante com a Medicina Sagrada (Ayahuasca). Por fim, declaro que os dados acima preenchidos são verdadeiros.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_