|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Identidade: | |  | | | | | | | | Escolaridade | | | |  | |
| Endereço: | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Idade: | |  | | Tel. | | |  | | | | | Cel. | | |  |
| Participará do serviço religioso na Igreja pela 1º vez em | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Estado Civil | |  | | | | | | | Filhos? Quantos? | | | |  | | |
| Reside com | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Profissão : |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Já teve alguma doença grave ? | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Problema de saúde atual? | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Faz uso de alguma medicação controlada? | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Você bebe? |  | | | | | | | | freqüência? | |  | | | | |
| Consome ou já consumiu drogas? | | | | | |  | | | freqüência? | |  | | | | |
| Internado em alguma instituição psiquiátrica? | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Qual? / motivo da internação? | | | | |  | | | | | | | | | | |

**Você lida com algum dos problemas abaixo:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Alcoolismo ( ) | Drogas ( ) | Brigas constantes ( ) | Doenças ( ) |
| Financeiros ( ) | Legais ( ) | Outros: | |

OBS.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Termo de Responsabilidade**

Pelo presente termo, o signatário acima qualificado, DECLARA, sob as penas da Lei, que por livre e espontânea vontade deseja participar do serviço religioso realizado pelo CEFLUSMME, com o uso do Santo Daime. Para tanto participou de uma entrevista previa e reunião preparatória, quando foi informado acerca dos detalhes do ritual e natureza do trabalho, concordando em cumprir as instruções dos membros da Igreja no que se refere ao ritual, assim como da proibição de portar ou fazer uso de quaisquer substâncias proscritas (drogas) pela Lei penal brasileira.

DECLARA ainda que não possui impedimento médico-legal para participar das sessões, SE COMPROMENTENDO AINDA A PERMANECER NO TRABALHO ATÉ O SEU ENCERRAMENTO e assumindo inteiramente as responsabilidades de seus atos.

**Rio de Janeiro ,**

|  |
| --- |
| Assinatura do entrevistado (ou Responsável) |