



PORTA DO SOL  
CENTRO DE ESTUDOS XAMÂNICOS DE EXPANSÃO DA CONSCIÊNCIA

Ficha Cadastral de Novos(as) Participantes

Solicitação da Porta do Sol / Regional \_\_\_\_\_

**Identificação Pessoal**  
**Preencher de forma legível e completa**

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Documento de Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço residencial: \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Esclarecimentos aos(as) novos(as) Participantes**

Leia com atenção todo o conteúdo da presente na ficha cadastral. Após seu integral e devido preenchimento, as informações prestadas serão analisadas, e só então a pessoa interessada será autorizada ou não a participar dos Trabalhos espirituais da *Porta do Sol*. As informações contidas nesse formulário são para uso interno e por um cuidado ético com o(a) participante e com a Porta do Sol, em respeito aos procedimentos de recepção de novos interessados previstos pelo *Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas* (CONAD), não havendo, portanto, conotação moral.

O(A) interessado(a) deverá rubricar todas as páginas deste documento e, ao final, assinar, juntamente com o membro que deseja apresentá-lo(a) junto à Porta do Sol (denominado amigo ou amiga), que será responsável pelo(a) novo(a) participante no período abaixo indicado.

**1. O chá Ayahuasca**

**1.1** O chá Ayahuasca é usado exclusivamente de modo responsável no rito religioso, observando os princípios da legalidade, moralidade, privacidade, liberdade religiosa (de crença e de culto), liberdade de expressão, de pensamento e de criação, sem associação com qualquer substância psicoativa ilícita.

**1.2** O uso religioso da Ayahuasca é reconhecido e protegido pelo Estado Brasileiro através da Resolução n. 01, publicada no Diário Oficial da União de 25 de janeiro de 2010, do *Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas* – CONAD.

**1.3** A Ayahuasca é uma bebida que possui propriedades psicoativas devido à presença, nas folhas do arbusto *Psychotria Viridis* (Chacrona), de uma substância denominada *N,N*-dimetiltryptamina (**DMT**), cuja molécula é similar à molécula da serotonina e encontra-se presente no organismo humano. O chá também atua como inibidor da monoamina oxidase (MAO) devido à ação de  $\beta$ -carbolinas (Harmina, Harmalina e Tetrahidraamina), alcalóides presentes no cipó *Banisteriopsis Caapi* (Jagube). Se ingerida isoladamente, a DMT é metabolizada pela MAO no estômago sem chegar ao cérebro. Porém, os efeitos inibidores da MAO possibilitam a ação psicoativa da DMT, agindo nos circuitos neurotransmissores de serotonina, noradrenalina e dopamina. Estudos científicos apontam que a Ayahuasca apresenta um bom grau de tolerabilidade e segurança, havendo inúmeras evidências acerca de seus benefícios potenciais, desde que consumida em contexto protegido e com os cuidados necessários. O uso da Ayahuasca pode implicar em experiências pessoais intensas, sejam físicas, como tendência a aumentar a pressão sanguínea, entre outras sensações, e/ou subjetivas, caracterizadas pela introspecção, mirações, vivências de memórias pessoais e mudanças nas esferas perceptivas, afetivas, cognitivas e somáticas, produzindo a experiência subjetiva de bem-estar e alteração da consciência.

**1.4** Em alguns casos pode haver efeitos adversos, como náuseas, sensação de inquietação, ansiedade e desorientação transitória. Existem certas condições de saúde física e mental pré-existentes em que **não** se deve utilizar Ayahuasca ou consumi-la com cautela, como, por exemplo: pessoas com problemas cardiovasculares ou hipertensão grave, pessoas com história pessoal ou antecedentes familiares de transtornos mentais graves (ex: psicoses, esquizofrenia, transtorno de humor, transtorno de personalidade), epilepsia, fraturas ou cirurgias recentes, doenças infecciosas agudas, gravidez de risco. A Ayahuasca **não** deve ser consumida ou deve consumida com restrição no caso de uso de certos medicamentos, como: antipsicóticos (ex: clorpromazina, levomepromazina, haloperidol, risperidon, olanzapina, clozapina, etc.); estabilizadores do humor (ex: lítio, ácido valpróico, carbamazepina etc.); benzodiazepínicos (clonazepam, bromazepam, diazepam, lorazepam, nitrazepam, etc.) e antidepressivos ou outras substâncias com efeitos nos níveis de serotonina (ex: fluoxetina, paroxetina, venlafaxina, citalopram, sertralina, amitriptilina, bupropiona, imipramina etc), incluindo algumas plantas medicinais (erva de São João, ginseng). Os medicamentos classificados como substâncias serotoninérgicas, que aumentam os níveis de serotonina no cérebro, podem provocar uma potencialização do efeito do chá, causando a síndrome serotoninérgica, cujos efeitos podem ser fatais. Em casos de uso de medicamentos antidepressivos, **é vedado** o uso concomitante ao uso da Ayahuasca, recomendando-se a descontinuidade do uso antes de consumir do chá.

**1.5** A Ayahuasca também apresenta interação com outras substâncias psicoativas, não sendo recomendada para pessoas que estejam fazendo uso de cannabis, cocaína, dextrometorfano (DXM), anfetaminas e metanfetaminas (MDMA), ecstasy, mescalina psilocibina, LSD.

## **2. A Porta do Sol**

A Porta do Sol é uma organização religiosa, cultural e filantrópica, sem fins lucrativos, que faz uso benéfico do chá Ayahuasca como sacramento e elemento enteógeno, sem qualquer associação com substâncias psicoativas ilícitas, conforme previsto em seu Estatuto Social.

Ainda, nas dependências da Porta do Sol é vedado o consumo de qualquer outra substância alteradora de consciência, que não seja o Sacramento Ayahuasca. O consumo prévio ou posterior é declaradamente não recomendado e aquele que assim o fizer, o faz por conta e risco, isentando de responsabilidade qualquer dirigente ou integrante da Porta do Sol.

## **3. Responsabilidade do amigo/amiga**

O amigo/amiga deverá informar seu(sua) novo(a) participante sobre os efeitos da Ayahuasca e sobre a natureza do ritual da Porta do Sol e, necessariamente, acompanhá-lo(a) nos 12 (doze) primeiros Trabalhos que este(a) frequentar, sendo corresponsável por ele(a) em todos estes Trabalhos. Cabe também ao amigo/amiga informar por escrito no item “cuidados especiais” toda informação relevante em termos de cuidados relativos ao quadro de saúde do(a) convidado(a) que já não estejam previstos nesta ficha, comunicando de imediato qualquer alteração que porventura ocorra no futuro.

#### **4. Responsabilidades do(a) novo(a) participante**

**4.1** O(A) novo(a) participante deve prestar informações fidedignas sobre seu estado de saúde (física e mental), tanto ao amigo/amiga, como nesta ficha, e anotar corretamente seus dados pessoais, solicitados a seguir, comunicando de imediato qualquer alteração que porventura ocorra no futuro.

**4.2** Na condição de novo(a) participante, este deverá comunicar ao amigo/amiga, com antecedência, sua participação nos Trabalhos, até completar o ciclo de doze rituais.

#### **5. O ritual da Porta do Sol**

**5.1** A participação nos Trabalhos da Porta do Sol deve ser motivada pela livre e espontânea vontade; o(a) participante deve estar ciente dos efeitos proporcionados pelo uso da Ayahuasca como elemento enteógeno (**inclusive os efeitos físicos e psíquicos sobre a saúde**), das normas de conduta, e de que se trate ato de fé e não de procedimento terapêutico.

**5.2** O Trabalho espiritual tem duração aproximada de 5 (cinco) horas. Uma vez iniciado o ritual, os(as) participantes deverão permanecer no recinto até o seu encerramento, podendo sair apenas com autorização dos responsáveis. Não devem participar aqueles que não quiserem ou não puderem permanecer até o encerramento.

**5.3** O(a) participante não deve fazer uso de substância psicoativa lícita ou ilícita, nem portar qualquer tipo de arma ou objeto cortante no recinto do Trabalho religioso ou em localidade próxima.

**5.4** O(a) participante não fará uso de câmara fotográfica ou filmadora sem prévia autorização durante os rituais; tampouco divulgará o nome ou a profissão dos(das) participantes, nem redigirá artigos/resenhas ou fará reportagens que possibilitem a identificação dos demais participantes.

**5.5 O(a) participante não deverá dirigir veículo automotor logo após o término do ritual; tampouco deverá ingerir bebida alcoólica ou qualquer substância psicoativa (lícita ou ilícita) durante o ritual e nas 24 horas seguintes ao seu término.**

#### **6. Vedações Expressas**

**6.1** É expressamente proibida a ingestão do Sacramento Ayahuasca nas dependências da Porta do Sol por pessoas que tenham se submetido a procedimentos médicos complexos, como cirurgias cardíacas, neurológicas ou de transplante de órgãos, devendo o participante oferecer informações claras e precisas a respeito de suas condições clínicas.

**6.2** O participante nestas condições poderá acompanhar a cerimônia, de forma esclarecida, e **sem fazer a ingestão do Sacramento.**

**6.3** A Porta do Sol não se responsabiliza pela interação entre o Sacramento e outras substâncias – ditas substâncias alteradoras de consciência - consumidas pelo participante, antes ou depois da realização dos Trabalhos Espirituais.

## Informações Pessoais

Preencher de forma legível e completa

**O que o(a) motiva a querer participar do Trabalho Espiritual da Porta do Sol?**

---

---

---

---

**Você já tomou Ayahuasca anteriormente?** ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, em qual igreja? Há quanto tempo? Com que frequência? \_\_\_\_\_

---

**Você já experimentou efeitos adversos ou vivências em que encontrou dificuldades para restabelecer a si mesmo após o uso da Ayahuasca?** ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, descreva como foi: \_\_\_\_\_

---

---

Nome completo do amigo/amiga: \_\_\_\_\_

Grau de relação com o amigo/amiga: \_\_\_\_\_

Pessoas a contatar em caso de emergência:

1. Nome Completo: \_\_\_\_\_

Grau de relação: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

Ele tem ciência da sua presença na Porta do Sol? Sim ( ) Não ( )

2. Nome Completo: \_\_\_\_\_

Grau de relação: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

Ele tem ciência da sua presença na Porta do Sol? Sim ( ) Não ( )

Possui Plano de Saúde? Sim ( ) Não ( ) Dados

do plano de saúde, em caso afirmativo:

---

Gostaria de receber informações sobre os Trabalhos da Porta do Sol por e-mail? ( ) Sim ( ) Não

## **Informações sobre a Saúde do(da) novo(a) Participante**

### **Para preenchimento do membro da Porta do Sol**

Este formulário tem como finalidade fornecer informações importantes sobre o uso ritualístico da Ayahuasca e a Porta do Sol- Centro de Estudos Xamânicos da Consciência, sendo também um instrumento de registro de informações sobre a saúde física e mental do Novo Participante, ajudando o/a dirigente do Trabalho e sua equipe, assim como o novo participante, a tomarem decisões responsáveis sobre o uso da Ayahuasca, reduzindo assim possíveis riscos e maximizando seus benefícios potenciais. Para sua segurança e segurança da Porta do Sol é muito importante que as informações fornecidas sejam verdadeiras. As informações solicitadas, assim como a sua identidade, serão mantidas como informações confidenciais, sendo somente acessíveis ao Dirigente responsável pelo Trabalho e sua equipe. A Porta do Sol, seus Dirigentes e membros não podem ser considerados como legalmente responsáveis pelos efeitos adversos experimentados.

**Você tem história pregressa, já foi diagnosticado ou atualmente tem de alguma doença, condição ou problema de saúde?** ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, qual?

a) Alergias? ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, marque: Alimentar ( ) Tópica (pele) ( ) Respiratória ( )

b) Asma? ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

c) Cefaleia? ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

d) Doença cardiovascular crônica, incluindo ataque do coração? ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

e) Doença autoimune (ex:Lupus Eritematoso Sistêmico) ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

f) Diabetes? ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

g) Doença infectocontagiosa? ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

h) Hipertensão arterial? ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

i) Glaucoma? ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

j) Gravidez? ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

k) Operação cirúrgica recente? ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

l) Osteoporose? ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

m) Reumatismos, incluindo artrite reumatóide? ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

n) Outra condição ou problema de saúde? ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, descreva qual? \_\_\_\_\_

n) Nenhuma das alternativas listadas acima ..... ( )

**Você fez ou faz tratamento para essa(s) doença(s), condição(ões) ou problema(s) de saúde?...** Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, qual tipo de tratamento? \_\_\_\_\_

**Você já foi hospitalizado/a, nos últimos vinte anos, por razões clínicas?** ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

**Você faz uso de alguma medicação para tratamento desse(s) problema(s) este(s)?** ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, qual(is) (incluindo medicação anticoagulante. Ex: heparina, warfarin)? Com que frequência? \_\_\_\_\_

Quando realizou exames laboratoriais, raios-x ou consulta médica pela última vez? Qual (is)?

---

Você possui lesões físicas (passadas ou atuais), incluindo fraturas, deslocamentos? .....Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, onde?

---

Você possui alguma restrição física? .....Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Você possui alguma prótese? .....Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Você realiza exercícios físicos de rotina? .....Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, qual(is)? Com que frequência? \_\_\_\_\_

Você já teve ou tem o hábito de fumar tabaco? .....Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, há quanto tempo? Qual quantidade? Com que frequência?

---

Você já teve ou tem o hábito de fazer uso de bebida alcólicas? ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, há quanto tempo? Qual quantidade? Com que frequência?

---

Você já fez ou faz uso de drogas ilícitas (cannabis, cocaína, crack, ecstasy, MDMA, LSD, mescalina, psilocibina)?

.....Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, indique a(s) substância(s), quantidade, frequência de uso, tempo de uso

---

### **Informações sobre Saúde Mental do(a) novo(a) Participante**

Você tem história pregressa, já foi diagnosticado ou atualmente tem algum transtorno psiquiátrico, neurológico ou problema de saúde mental? (Ex: esquizofrenia; psicoses/episódios psicóticos; autismo; transtorno de humor; depressão; transtorno de ansiedade; transtorno de personalidade; epilepsia; demência; Alzheimer; ideação ou tentativa de suicídio) ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, descreva qual condição ou problema de saúde mental e há quanto tempo sofre/sofreu por este tipo de problema: \_\_\_\_\_

---

Você já fez ou faz tratamento para esse transtorno psiquiátrico, neurológico ou problema de saúde mental? .....Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Você já foi hospitalizado por motivos psiquiátricos? ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, descreva onde, quando e com que frequência \_\_\_\_\_

Existem pessoas na sua família com história de transtorno psiquiátrico? .....Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

Se sim, qual transtorno? Qual o grau de parentesco? \_\_\_\_\_

Você faz uso de medicamentos psicoativos? .....Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, qual(is)? Com que frequência? Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Há outras informações sobre medicamentos, tratamentos em saúde ou sobre seu estado de saúde física, mental e emocional que julgue relevante compartilhar?..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, descreva: \_\_\_\_\_

**7. Relação das vedações absolutas e relativas e das consequentes restrições médicas à participação nos Trabalhos Espirituais da Porta do Sol, de acordo com as diretrizes constantes na Resolução n. 01, publicada no Diário Oficial da União de 25 de janeiro de 2010, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD.**

A associação de antidepressivos (antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptação de serotonina) com a Ayahuasca interfere no metabolismo da serotonina e pode, desse modo, levar a um quadro de síndrome serotoninérgica. Segue a relação dos medicamentos cujo uso impede a participação ou implica cuidados médicos extras.

**O (a) entrevistador(a) deverá assinalar com um “x” quais, das medicações listadas abaixo, faz uso:**

**7.1 Vedação absoluta da participação do(a) interessado(a):**

**Casos de pessoas com transtorno mental grave (esquizofrenia/psicose, transtornos de humor/depressão com sintomas psicóticos) e usuários de Antipsicóticos:**

- Haloperidol (Haldol) ..... ( )
- Clorpromazina (Amplictil, Longactil) .....( )
- Neozine (Levomepromazina).....( )
- Risperidona (Risperdal, Risperidon) .....( )
- Olanzapina (Zyprexa)..... ( )
- Ziprazidona (Geodon) .....( )
- Quetiapina (Seroquel) .....( )
- Clozapina (Leponex) .....( )
- Nenhuma das opções acima .....( )

**Usuários de estabilizadores do humor, que sejam portadores de Transtorno Afetivo Bipolar (restrição absoluta pela doença):**

- Lítio (Carbolitium) ..... ( )
- Ácido Valpróico (Depakene, Depakote, Valpakene) .....( )
- Carbamazepina (Tegretol, Tegrex) .....( )
- Oxcarbazepina (Trileptal) .....( )
- Nenhuma das opções acima .....( )

\* Portadores de epilepsia que utilizam alguma das medicações acima citadas **não** têm restrições para participar do ritual, bem como **não** devem suspender a medicação para participar do mesmo.

**7.2 Vedação relativa da participação do(a) interessado(a):** o(a) participante poderá frequentar os Trabalhos Espirituais desde que, seguindo orientação médica, **NÃO** tenha feito uso dos medicamentos abaixo especificados nas **6 (seis) semanas** anteriores à data do Trabalho Espiritual.

**Usuários de Antidepressivos:**

- Fluoxetina (Prozac, Depress, Daforin, Fluxene) ..... ( )
- Sertralina (Zoloft, Assert, Tolrest)..... ( )
- Venlafaxina (Venlift, Efexor) ..... ( )
- Citalopram (Cipramil, Denyl, Procimax) ..... ( )
- Escitalopram (Lexapro) . ..... ( )
- Paroxetina (Aropax, Pondera, Cebrilin) ..... ( )
- Tranilcipromina (Parnate) ..... ( )
- Moclobemida (Aurorix) ..... ( )
- Amitriptilina (Amitryl, Triptanol) ..... ( )
- Imipramina (Depramina, Imipra Tofranil) ..... ( )
- Nortriptilina (Pamelor) ..... ( )
- Bupropiona (Wellbutrin, Zetron) ..... ( )
- Remeron ..... ( )
  
- Nenhuma das opções acima ..... ( )

**7.3 Vedação relativa da participação do(a) interessado(a):** o(a) participante poderá frequentar os Trabalhos Espirituais desde que, de acordo com a orientação médica, não tenha feito uso dos medicamentos abaixo especificados nas **24 (vinte e quatro) horas** anteriores ao início do ritual.

**Usuários de calmantes:**

- Diazepam (Dienpax, Compaz, Valium, Calmociteno) ..... ( )
- Clonazepam (Rivotril) ..... ( )
- Bromazepam (Lexotan, Somalium) ..... ( )
- Lorazepam (Lorax) ..... ( )
- Nitrazepam (Sonebon, Nitrapan) ..... ( )
  
- Nenhuma das opções acima ..... ( )

---

**PARA PREENCHIMENTO INTERNO DO MEMBRO AMIGO DA PORTA DO SOL**

**7.4 Vedação relativa da participação do(a) interessado(a):** o(a) participante poderá frequentar o ritual desde que haja autorização médica por escrito não impedindo, nas seguintes situações clínicas:

- 7.4.1 Ser portador(a) de doença cardíaca, hipertenso(a) sem tratamento médico e/ou estar com saúde muito debilitada;
- 7.4.2 Ter gravidez de alto risco.

**6.5. Vedação relativa da participação do(a) interessado(a):** o(a) participante poderá frequentar o ritual desde que não tenha feito uso de drogas ilícitas nas 24 (vinte e quatro) horas anteriores ao Trabalho.

O candidato a participante se enquadra em algum dos casos anteriormente mencionados (itens 6.1,6.2,6.3,6.4 ou 6.5)? .....Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

O candidato a participante tem indicação para participar da Porta do Sol? ..... Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO:**

Caso você tenha uma doença ou problema de saúde física e/ou mental, é muito importante consultar o seu médico ou terapeuta antes de tomar Ayahuasca.

A assinatura deste documento não implica a inclusão do(a) participante como membro associado da Porta do Sol.

A Porta do Sol não se responsabiliza por qualquer consequência adversa decorrente de conduta ou procedimentos irregulares e ilícitos do(a) participante após o Trabalho Espiritual.

Observações que o amigo/amiga queira fazer (SE NÃO HOUVER NECESSIDADE, O AMIGO/AMIGA DEVERÁ ESCREVER “NADA A DECLARAR”).

**Observações:**

---

---

---

**“Eu li este documento e declaro estar ciente de toda informação recebida e fornecida e estar de acordo com as normas estabelecidas para participação do Trabalho Espiritual; (b) ter prestado informações fidedignas e não necessitar de cuidados médicos especiais; (c) ter ciência dos efeitos (especialmente físicos e psíquicos sobre a saúde) proporcionados pelo uso da Ayahuasca como elemento enteógeno; (d) ter ciência das normas de condutas durante e após o Trabalho Espiritual”.**

**“Me comprometo a permanecer no recinto onde o Trabalho Espiritual é realizado até o término do mesmo, não me ausentando em nenhuma hipótese.”**

*Este termo de consentimento foi elaborado em conformidade com a lei geral de proteção de dados. Consoante ao artigo 5º inciso XII da Lei 13.709, este documento viabiliza a manifestação livre, informada e inequívoca, pela qual o titular/responsável concorda com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade adequada, qual seja a guarda e proteção e sigilo dos dados pessoais acima informados.*

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

Nome do(a) novo(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) novo(a) participante: \_\_\_\_\_

Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável legal\* \_\_\_\_\_

Assinatura Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável legal\*: \_\_\_\_\_

\*(ATENÇÃO: somente preencher em caso de pessoas com idade menor de 18 anos)

Nome do amigo/amiga: \_\_\_\_\_

Assinatura do amigo/amiga: \_\_\_\_\_

Nome do(a) dirigente da Porta do Sol: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) dirigente da Porta do Sol: \_\_\_\_\_