



AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL PARA A HIPNOTERAPIA

Nome do (a) Menor:		
DADOS DO RESPONSÁVEL		
Nome do Responsável:		
Endereço:		
Cidade:	Estado:	Cep.:
Telefone:	Celular:	CPF:
Grau de parentesco:		

Todas as perguntas sobre Hipnoterapia foram respondidas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
--

<p>☼ Declaro que todas as informações apresentadas na Ficha Cadastral do (a) Menor são verdadeiras;</p> <p>☼ Declaro ter sido instruído (a) sobre a Hipnose e sobre o processo de Hipnoterapia;</p> <p>☼ Permito que a Hipnoterapia seja realizada e fui informado de que todas as informações decorrentes do tratamento são confidenciais;</p> <p>☼ Observando a legislação brasileira, o Hipnoterapeuta não ofereceu cura, nem realizou diagnósticos de doenças ou problemas;</p> <p>☼ Fui informado de que a Hipnoterapia não substitui a orientação ou tratamento médico.</p>

<p>ATENÇÃO:</p> <p>» Não é permitida qualquer gravação de áudio e vídeo;</p> <p>» Mantenha o celular desligado durante toda a sessão;</p> <p>» É importante ir ao banheiro antes do início da sessão;</p> <p>» Não se deve consumir balas ou chicletes durante a sessão.</p>

Data: ___/___/___

Assinatura: _____