



Amanda Andrade Hypnotherapy – ACORDO DE LIBERAÇÃO, RENÚNCIA DE RESPONSABILIDADE E ASSUNÇÃO DE RISCO PARA ATIVIDADE DE RESPIRAÇÃO

O AMOR É O PODER CURATIVO

Bem-vindo(a) e estamos felizes por você estar aqui! Você está prestes a embarcar em uma jornada maravilhosa de aprendizado, autodescoberta e capacitação que pode mudar a maneira como você pensa, reage e lida com situações em sua vida.

Nome: _____

E-mail: _____

Número de telefone: _____

Contato de emergência: _____

"A Respiração" engloba uma série de exercícios respiratórios projetados para melhorar a saúde física, espiritual e emocional. É usado para promover a cura, saúde e autoconsciência, e acredita-se que ajude aqueles que sofrem de problemas psicossomáticos.

Os efeitos da respiração podem incluir todos os tipos de liberação física e emocional, incluindo, mas não se limitando a: contrações musculares, transpiração, mudanças no sistema nervoso e bioquímico, aumento da percepção sensorial, dor de cabeça, desmaio, choro, tontura e outros sintomas. Embora esses efeitos possam ser esperados, especialmente durante uma atividade intensa ou prolongada de respiração, observe que não há como eliminar os riscos ou prever a duração de quaisquer efeitos físicos ou emocionais (que podem durar além da própria respiração). Embora a respiração seja usada para fins de cura, em alguns casos as pessoas experimentaram efeitos adversos e, como resultado, a respiração é contraindicada (não recomendada) para aqueles com histórico pessoal ou familiar de doença mental, transtornos convulsivos, pessoas que tomam medicamentos psiquiátricos, para aqueles com histórico de doenças cardiovasculares, miocardite, ataque cardíaco, pressão alta, glaucoma, descolamento de retina, distúrbios ósseos ou musculares, lesões físicas significativas ou cirurgias recentes.

A respiração é considerada uma terapia alternativa de cura e não substitui o atendimento médico ou psicológico. Qualquer conselho oferecido em relação à respiração não se destina a ser um diagnóstico ou tratamento de qualquer doença, lesão ou condição médica. **VOCÊ DEVE CONSULTAR SEU MÉDICO OU PROFISSIONAL DE SAÚDE** em relação à sua saúde ou qualquer condição médica que possa ser afetada ou impactada pela respiração.

Ao assinar abaixo, você concorda que Amanda Andrade Hypnotherapy e qualquer um de seus proprietários, diretores, agentes, assistentes, representantes ou funcionários, incluindo, mas não se limitando a Amanda Andrade Hypnotherapy (coletivamente, "FACILITADOR" ou "PARTES LIBERADAS"), não terão qualquer responsabilidade para com

você sob qualquer teoria de responsabilidade em relação à sua participação em qualquer atividade de respiração. SEM LIMITAR O ACIMA MENCIONADO, EM NENHUM CASO AS PARTES LIBERADAS

SERÃO RESPONSÁVEIS POR QUAISQUER DANOS DIRETOS, INDIRETOS, CONSEQUENTES, ESPECIAIS, EXEMPLARES, PUNITIVOS OU INCIDENTAIS decorrentes de tal atividade. Ao assinar esta renúncia, você concorda em liberar e renunciar para sempre a quaisquer e todos os direitos ou danos que possa ter contra as PARTES LIBERADAS em relação à sua participação na atividade de respiração, incluindo, mas não se limitando a, quaisquer reclamações por danos com base na negligência do FACILITADOR. Este acordo será vinculante para você, seus herdeiros, representantes pessoais, executores e todos os sucessores de interesse.

Eu (Participante) entendo que sou totalmente e exclusivamente responsável por quaisquer efeitos que possam ocorrer em conexão com a minha participação em qualquer atividade de respiração administrada pelo FACILITADOR. ENTENDO QUE A PARTICIPAÇÃO NA RESPIRAÇÃO PODE ME EXPOR A RISCOS DE LESÕES FÍSICAS OU PSICOLÓGICAS. Essas lesões ou consequências podem surgir de minhas próprias ações ou inações, negligência do FACILITADOR ou da condição do local ou instalação. ASSUMO TODOS OS RISCOS DE MINHA PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DE RESPIRAÇÃO COM O FACILITADOR, SEJA CONHECIDO OU DESCONHECIDO POR MIM, DE LESÕES, DOENÇAS, MORTE OU DANOS DE QUALQUER TIPO, INCLUINDO VIAGEM PARA OU DA REFERIDA ATIVIDADE OU QUAISQUER EVENTOS INCIDENTAIS A ESSA ATIVIDADE.

Reconheço que consultei um médico e não tenho conhecimento de nenhuma condição de saúde ou médica que possa afetar minha capacidade de participar de atividades de respiração administradas pelo FACILITADOR.

Declaro e certifico que estou em boa saúde física e mental e apto para participar de atividades de respiração conforme descrito acima. Reconheço que minhas declarações constituem um termo essencial no qual o FACILITADOR está confiando ao permitir que eu participe de QUAISQUER atividades de respiração, e sem tal declaração minha participação seria negada. Em nome de mim mesmo, meus parentes e quaisquer herdeiros, cessionários, agentes, representantes pessoais e espólio (coletivamente, as "PARTES LIBERANTES"), POR MEIO DESTA, EU LIBERO, INDENIZO E ISENTO AS PARTES LIBERADAS DE QUALQUER E TODA LESÃO, seja física, mental, psicológica ou emocional, ou QUALQUER PERDA ou DANO à PESSOA ou PROPRIEDADE, de qualquer tipo, SEJA DECORRENTE DA NEGLIGÊNCIA DO FACILITADOR OU DE OUTRA FORMA, até a extensão máxima permitida por lei.

Concordo em defender, indenizar e isentar as PARTES LIBERADAS de todos os custos e despesas, incluindo, mas não se limitando a todas as taxas legais incorridas pelas PARTES LIBERADA

Na defesa de qualquer reclamação apresentada contra elas por qualquer uma das PARTES LIBERANTES, e concordo ainda em pagar o valor total de qualquer sentença ou veredito que possa ser proferido contra as PARTES LIBERADAS.

Entendo e reconheço que o FACILITADOR/PARTES LIBERADAS NÃO são médicos ou profissionais de saúde, e as atividades de respiração oferecidas não se destinam a tratar ou diagnosticar quaisquer doenças, lesões ou condições médicas, sejam físicas, mentais, psicológicas ou emocionais.

Renuncio incondicional e irrevogavelmente a quaisquer e todas as reivindicações que tenho ou possa ter no futuro contra o FACILITADOR em relação a qualquer lesão, perda ou

dano que sofra como resultado de participar das atividades de respiração descritas aqui. Entendo e concordo que esta Liberação de Responsabilidade, Renúncia e Assunção de Risco (doravante "ACORDO") se estende e inclui quaisquer e todas as danos, lesões ou reivindicações que eu não antecipo ou sei que existem e a quaisquer e todas as danos, lesões ou reivindicações que possam se desenvolver no futuro, e por meio deste renuncio expressamente e abduco de todos os direitos sob qualquer lei ou estatuto em contrário.

Por meio deste, reconheço e concordo que estou participando de uma sessão fornecida por Amanda Andrade Hypnotherapy e que fui informado de que qualquer gravação da sessão, incluindo, mas não se limitando a gravações de áudio ou vídeo, é estritamente proibida. Entendo que qualquer gravação ou distribuição não autorizada da sessão, seja por meio de dispositivos de gravação pessoais, transmissão ao vivo ou qualquer outro meio, é estritamente proibida e pode resultar em ações legais tomadas pela Amanda Andrade Hypnotherapy. Além disso, reconheço e concordo que a Amanda Andrade Hypnotherapy detém todos os direitos de propriedade intelectual sobre o conteúdo da sessão, incluindo, mas não se limitando a quaisquer materiais, apresentações ou outras mídias usadas durante a sessão. Qualquer uso ou distribuição desses materiais sem o consentimento prévio por escrito da Amanda Andrade Hypnotherapy é estritamente proibido. Ao participar da sessão, concordo com os termos e condições estabelecidos nesta renúncia e reconheço que qualquer violação desses termos pode resultar em ações legais sendo tomadas pela Amanda Andrade Hypnotherapy.

Renúncia de Responsabilidade Relacionada ao COVID-19: Reconheço a natureza contagiosa do coronavírus/COVID-19, que as autoridades de saúde pública podem recomendar a prática de distanciamento físico ou evitar atividades públicas ou em grupo, e que posso ser infectado pelo coronavírus/COVID-19 ou outras doenças infecciosas como resultado de participar de atividades de respiração com o FACILITADOR. No entanto, busco voluntariamente participar, independentemente de o FACILITADOR ou qualquer outra pessoa no local seguir ou não as diretrizes de saúde pública recomendadas, que podem mudar a qualquer momento, dadas as circunstâncias incertas do coronavírus/COVID-19. Se eu sofrer qualquer lesão durante a participação em qualquer atividade de respiração, autorizo qualquer médico licenciado, enfermeiro ou outro profissional médico a realizar tratamento de emergência ou cirúrgico conforme julgarem necessário, a seu exclusivo critério. Se eu precisar de tratamento médico ou qualquer outra intervenção após a atividade de respiração, concordo que sou inteiramente responsável financeiramente (100%) por quaisquer taxas ou custos incorridos como resultado.

Declaro ainda que tenho dezoito anos de idade e sou legalmente competente para assinar esta liberação de responsabilidade. Li este ACORDO e o estou assinando livremente. Busquei aconselhamento jurídico independente e/ou entendo as consequências legais de assinar este documento, incluindo (a) a isenção do FACILITADOR de qualquer responsabilidade com relação à atividade de respiração, (b) a renúncia ao meu direito de reivindicar qualquer indenização com relação à atividade de respiração com o FACILITADOR sob qualquer teoria legal e (c) a assunção de todos os riscos ao participar da atividade de respiração administrada pelo FACILITADOR.

No caso de qualquer uma das disposições acima ser considerada inválida ou inexecutável por um tribunal de justiça, concordo que a responsabilidade total do FACILITADOR, se houver, por perdas ou danos não excederá o valor pago pelos serviços de respiração.

Assinatura: _____ Data: _____