

Arquidiocese de Boston

Este formulário deve ser preenchido pelo Participante Adulto ACORDO DE LIBERAÇÃO E INDENIZAÇÃO

Eu _____ isento irrevogavelmente de toda responsabilidade em toda a extensão permitida pela lei, e por meio deste concordo em indenizar, defender e isentar de responsabilidade o Arcebispo Católico Romano de Boston, uma empresa individual, seus dirigentes, agentes, representantes, voluntários, acompanhantes, clérigos, religiosos e funcionários, incluindo todas e quaisquer paróquias e ministérios dos mesmos (**coletivamente, "RCAB"**), de e contra toda e qualquer responsabilidade, demandas, ações, causas de ação, reclamações, julgamentos, custos e despesas, incluindo, mas não limitado a, advogados taxas, conhecidas ou desconhecidas neste momento, decorrentes de ou de alguma forma relacionadas a qualquer lesão, doença, perda ou outro dano a pessoa ou propriedade incorrido: (a) por mim mesmo durante a participação ou viagem de ou para, ou em qualquer decorrente do seguinte evento ou atividade:

(NOME DO EVENTO no NOME DO LOCAL, CIDADE/CIDADE, ESTADO na DATA)

e/ou (b) por qualquer outra pessoa que sofra ou alegadamente tenha sofrido qualquer lesão, doença, perda ou despesa, incluindo honorários advocatícios, em razão de meu ato ou omissão negligente ou ilícito.

Concordo em cooperar e seguir as regras do evento ou atividade mencionada acima e quaisquer instruções da RCAB. Caso eu não coopere ou não siga as instruções da RCAB, concordo que me retirarei do evento ou atividade mencionados acima e que, às minhas próprias custas e despesas, providenciarei o transporte imediato do evento ou atividade referenciada acima para minha casa, se solicitado pela RCAB.

AUTORIZAÇÃO MÉDICA

Nomeio a RCAB ou seus agentes como meu procurador legal, para agir em meu nome e em meu lugar, se eu não puder fazê-lo, no julgamento razoável e exclusivo da RCAB, caso ela deva agir como eu fosse capaz, em relação a qualquer lesão, doença ou emergência médica que ocorresse durante a atividade.

Se necessário, autorizo a RCAB ou seus agentes a dar todo e qualquer consentimento e autorização a qualquer médico, dentista, hospital ou outras pessoas ou instituições relativas a quaisquer medicamentos de emergência, tratamentos médicos ou odontológicos, procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos ou quaisquer outros primeiros socorros e /ou ações emergenciais conforme nosso procurador considerar necessário ou apropriado para meu melhor interesse. Entendo que a RCAB, por meio de seus agentes, fará uma tentativa razoável de entrar em contato com meu contato de emergência o mais rápido possível em caso de emergência médica.

As disposições de liberação/indenização/defesa acima serão aplicadas a qualquer decisão ou ação.

Os poderes e autoridade aqui concedidos podem ser revogados prospectivamente por meio de notificação por escrito entregue em mãos à RCAB, desde que em tal notificação eu confirme que assumo imediatamente total responsabilidade por todas as decisões e ações relativas ao meu bem-estar e saúde. Na ausência do recebimento de tal notificação por escrito, esta procuração não será afetada pela minha deficiência, incapacidade ou incompetência julgada.

Esta procuração caducará automaticamente após a conclusão da atividade listada acima da qual estou participando ou frequentando e atividades relacionadas, e viagens, se houver, e meu retorno. Qualquer

Arquidiocese de Boston

revogação de tais poderes e autoridade não afetará qualquer outra disposição deste Contrato de Liberação e Indenização, cada uma das quais continuará em pleno vigor e efeito.

Entendo e concordo que a RCAB não é e não será responsável por garantir que eu tome qualquer medicamento, prescrição ou outro, que possa ser indicado para mim. Não existem condições médicas ou psicológicas, nem quaisquer alergias a alimentos ou medicamentos potencialmente fatais, que limitem a minha plena participação na atividade ou exijam quaisquer precauções especiais, exceto as listadas aqui:

Liste aqui todos os medicamentos e dosagens atuais (com e sem receita) que o RCAB possa precisar saber caso haja uma emergência:

Se ocorrer qualquer alteração nas informações que forneci com relação aos contatos de emergência ou informações médicas, fornecerei notificação imediata por escrito de tal alteração ao RCAB.

Conforme evidenciado pela minha assinatura abaixo, a RCAB e/ou um agente dela pode usar meu retrato ou fotografia para fins promocionais relacionados ao avanço e desenvolvimento do ministério da Igreja Católica Romana e da Arquidiocese de Boston, e eu, por meio deste, libero, indenizo e concordo em defender, de acordo com as disposições acima, a RCAB e seus agentes de toda e qualquer responsabilidade, perda, dano e despesa, incluindo honorários advocatícios, resultantes de tal uso.

Ao assinar abaixo, verifico que li atentamente e compreendi esta declaração e que a assino livre e voluntariamente em consideração ao acordo da RCAB para me permitir participar nesta atividade voluntária, viagem ou evento, e como um incentivo para o RCAB permita tal participação, sem a qual não o faria. Solicito que me seja permitido participar da atividade, viagem ou evento acima mencionado.

Assinatura do Participante Adulto: _____ Data _____

Arquidiocese de Boston

FAVOR PREENCHER AS SEGUINTE INFORMAÇÕES

Nome da pessoa que assina este formulário: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone Comercial: _____ Telefone Residencial: _____ Celular: _____

Informação de Contato de Emergência

Nome: _____ Relação: _____

Telefone Comercial: _____ Telefone Residencial: _____ Celular: _____

Nome do Médico Clínico Geral: _____ Telefone: _____

Companhia de Seguro de Saúde: _____

Número de membro: _____

Nome da Paróquia/Escola e Município: _____

Necessidades ou Considerações Especiais/Outros Comentários: _____
