

**Finalidade**

( ) Orientação Espiritual ( ) Avaliação ( ) Retorno de Tratamento Realizado  
( ) Inclusão como cooperador na tarefa de: \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Histórico**

**1. Estado Espiritual Atual:**

---

---

---

---

**2. Estado Físico Atual:**

---

---

---

---

**3. Medicamentos em Uso:**

---

---

**4. Tarefas em participa**

- |                               |                                |                       |
|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| ( ) Visita a Enfermos         | ( ) Sala de Costura            | ( ) Campanha do Quilo |
| ( ) Frequente Reunião Pública | ( ) Coopera em Reunião Pública | ( ) Passista          |
| ( ) Evangelização Infantil    | ( ) Mocidade Espírita          | ( ) Ciclos de Estudos |
| ( ) Atendimento Fraternal     | ( ) Biblioteca                 | ( ) Livraria          |
| ( ) Implantação CELAR         | ( ) Sopa                       | ( ) Recepção          |
| ( ) Outras:                   |                                |                       |

**5. Faz o Culto do Evangelho no Lar? ( ) Sim ( ) Não**

**6. Ciclos de Estudos – marque: - X – em Concluídos ou – A – em andamento**

- |                                |               |                            |
|--------------------------------|---------------|----------------------------|
| ( ) Doutrina Espírita          | ( ) Evangelho | ( ) Mediunidade            |
| ( ) Passes                     | ( ) ESDE      | ( ) Evangelização Infantil |
| ( ) Outros – Especificar _____ |               |                            |

**7. Reunião Mediúnica que participa**

Tipo de Reunião	Dia	Horário	Tempo	Tipo Mediunidade	Categoria
( ) Educação Mediúnica					( ) Coordenador ou Suplente
( ) Desobsessão					( ) Médium
( ) Orientação Espiritual					( ) Vibracional
( ) Tratamento Espiritual					( ) Esclarecedor

**8. Informações complementares**

---

---

---

---

Nome legível do Coordenador / Solicitante \_\_\_\_\_

( ) Atendimento Fraternal ( ) Coordenador de tarefa

Dados da tarefa: Tipo: \_\_\_\_\_ dia: \_\_\_\_\_ horário: \_\_\_\_\_