



IGREJA MESSIÂNICA
MUNDIAL DO BRASIL



SOLO SAGRADO
DE GUARAPIRANGA

CARAVANA AO SOLO SAGRADO DE GUARAPIRANGA

NOME

IGREJA / UNIDADE RELIGIOSA

POLTRONA
(OPCIONAL)

HORÁRIO DE RETORNO

PLATAFORMA

RESPONSÁVEL DA CARAVANA

(____)_____
TELEFONE DO RESPONSÁVEL



IGREJA MESSIÂNICA
MUNDIAL DO BRASIL



SOLO SAGRADO
DE GUARAPIRANGA

CARAVANA AO SOLO SAGRADO DE GUARAPIRANGA

NOME

IGREJA / UNIDADE RELIGIOSA

POLTRONA
(OPCIONAL)

HORÁRIO DE RETORNO

PLATAFORMA

RESPONSÁVEL DA CARAVANA

(____)_____
TELEFONE DO RESPONSÁVEL



IGREJA MESSIÂNICA
MUNDIAL DO BRASIL



SOLO SAGRADO
DE GUARAPIRANGA

CARAVANA AO SOLO SAGRADO DE GUARAPIRANGA

NOME

IGREJA / UNIDADE RELIGIOSA

POLTRONA
(OPCIONAL)

HORÁRIO DE RETORNO

PLATAFORMA

RESPONSÁVEL DA CARAVANA

(____)_____
TELEFONE DO RESPONSÁVEL



IGREJA MESSIÂNICA
MUNDIAL DO BRASIL



SOLO SAGRADO
DE GUARAPIRANGA

CARAVANA AO SOLO SAGRADO DE GUARAPIRANGA

NOME

IGREJA / UNIDADE RELIGIOSA

POLTRONA
(OPCIONAL)

HORÁRIO DE RETORNO

PLATAFORMA

RESPONSÁVEL DA CARAVANA

(____)_____
TELEFONE DO RESPONSÁVEL

DOBRA

DOBRA

DOBRA

DOBRA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Possui convênio médico? ☐ sim ☐ não

Qual? _____

Telefone do convênio: (____) _____

Em caso de emergência, informe quem podemos
contatar: ☐ familiar ☐ amigo

Nome: _____

Telefone: (____) _____

*Solicitamos aos usuários de medicamentos de uso contínuo,
que não interrompam seu tratamento, quando vierem ao Solo
Sagrado (isso pode por em risco seu próprio bem-estar e a
participação nas atividades).*

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Possui convênio médico? ☐ sim ☐ não

Qual? _____

Telefone do convênio: (____) _____

Em caso de emergência, informe quem podemos
contatar: ☐ familiar ☐ amigo

Nome: _____

Telefone: (____) _____

*Solicitamos aos usuários de medicamentos de uso contínuo,
que não interrompam seu tratamento, quando vierem ao Solo
Sagrado (isso pode por em risco seu próprio bem-estar e a
participação nas atividades).*

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Possui convênio médico? ☐ sim ☐ não

Qual? _____

Telefone do convênio: (____) _____

Em caso de emergência, informe quem podemos
contatar: ☐ familiar ☐ amigo

Nome: _____

Telefone: (____) _____

*Solicitamos aos usuários de medicamentos de uso contínuo,
que não interrompam seu tratamento, quando vierem ao Solo
Sagrado (isso pode por em risco seu próprio bem-estar e a
participação nas atividades).*

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Possui convênio médico? ☐ sim ☐ não

Qual? _____

Telefone do convênio: (____) _____

Em caso de emergência, informe quem podemos
contatar: ☐ familiar ☐ amigo

Nome: _____

Telefone: (____) _____

*Solicitamos aos usuários de medicamentos de uso contínuo,
que não interrompam seu tratamento, quando vierem ao Solo
Sagrado (isso pode por em risco seu próprio bem-estar e a
participação nas atividades).*