

ATENDIMENTO FRATERO
Ficha do Paciente



Paciente preencher com LETRA DE FORMA (legível)

Nome: ADEMAR ROBERTO DA SILVA

Data Nas:

Idade:

CPF: ...-

R/G:

Tel celular/fixo: (47) 3273-2646

Cidade:

Estado:

1. O que te motivou a procurar o CAEB?

2. Qual o problema que lhe traz ao tratamento CAEB?

3. O que você espera do tratamento no CAEB?

4. Você conhece da doutrina espírita? () Não () Sim

5. Você já fez algum tratamento espiritual? () Não () Sim

6. Tem dores de cabeça? () Não () Sim Quantas vezes por mês?vezes.

7. Usa medicamento controlado? () Não () Sim Qual?

8. Você está tendo acompanhamento médico? () Não () Sim

9. Você tem algum laudo médico para: () Ansiedade () Depressão () Síndrome do Pânico

10. Alguma vez pensou em desistir de viver? () Não () Sim Qual o motivo?

11. Tem pressentimentos? () Não () Sim

12. Você vê vultos? () Não () Sim

13. Ouve vozes? () Não () Sim

14. Sente alguém ao seu lado? () Não () Sim

15. Sente arrepios? () Não () Sim

16. Você muda de humor facilmente? () Não () Sim

17. Você tem: () Fibromialgia () Artrite () Artrose () Reumatismo

18. Se for mulher, favor informar se está grávida. () Não () Sim

IMPORTANTE: Declaro estar ciente que o CAEB não realiza diagnóstico médico e o acompanhamento com o meu médico deve continuar. Que em algumas terapias ocorrem o contato em meu corpo de forma sutil, respeitando a intimidade pessoal. Que este documento é um documento sigiloso assim como a conversa com o atendente fraterno.

Assinatura: _____ Data 11/03/2024

Nossa Missão: CURA ATRAVÉS DO AMOR. Seja bem-vindo!

19. Psicogerador Radiônico (contornar o número lido)

Gráfico 1 : 1 3 5 7

Gráfico 2 : 1 2 3

Gráfico 3 : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gráfico 4 : 1 (1 2 3 4) 2 (1 2 3 4) 3 (1 2 3 4) 4 (1 2 3 4)
5 (1 2 3 4) 6 (1 2 3 4) 7 (1 2 3 4) 8 (1 2 3 4)
9 (1 2 3 4) 10 (1 2 3 4) 11 (1 2 3 4) 12 (1 2 3 4)

ATENDIMENTO FRATERO
Ficha do Paciente



20. Observações:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

21. Terapias indicadas:

TERAPIA	Quant.	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data
{ \$NOME }	{ \$QUANTIDADE }	{ \$DATA1 }	{ \$DATA2 }	{ \$DATA3 }	{ \$DATA4 }	{ \$DATA5 }	{ \$DATA6 }	{ \$DATA7 }	{ \$DATA8 }
{ \$NOME }	{ \$QUANTIDADE }	{ \$DATA1 }	{ \$DATA2 }	{ \$DATA3 }	{ \$DATA4 }	{ \$DATA5 }	{ \$DATA6 }	{ \$DATA7 }	{ \$DATA8 }
Retorno Atendimento Fraterno									

21. Floral indicado:

Floral 1	Floral 2

Nome e Assinatura do Atendente Fraterno
Data 11/03/2024