

**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 10/03/2024**

**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
Cristal Inca									
Desmentalização									
Terapia Charruas									
Harmonização									
Palestras									
Quântica Planetária									
Universal									
TM – Terapia Magnética									
Triagem DNA Planetário									
Triagem Cirurgia/Caulim									
<b>Retorno Atendimento Fraterno</b>									

21. Floral indicado:

Floral 1	Floral 2

\_\_\_\_\_  
**Nome e Assinatura do Atendente Fraterno**  
Data 10/03/2024