

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 }
Retorno Atendimento Fraterno									

21. Floral indicado:

Floral 1	Floral 2

Nome e Assinatura do Atendente Fraterno

Data 11/03/2024