

**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 30/03/2024**

**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 :	<b>1</b> ( 1 2 3 4 )	<b>2</b> ( 1 2 3 4 )	<b>3</b> ( 1 2 3 4 )	<b>4</b> ( 1 2 3 4 )
	<b>5</b> ( 1 2 3 4 )	<b>6</b> ( 1 2 3 4 )	<b>7</b> ( 1 2 3 4 )	<b>8</b> ( 1 2 3 4 )
	<b>9</b> ( 1 2 3 4 )	<b>10</b> ( 1 2 3 4 )	<b>11</b> ( 1 2 3 4 )	<b>12</b> ( 1 2 3 4 )

**ATENDIMENTO FRATERO**  
**Ficha do Paciente**

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

21. Terapias indicadas:

TERAPIA	Quant.	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data
ATENDIMENTO CONSELHO ESPIRITUAL									
ATENDIMENTO FRATERO - QUINTA-FEIRA 19H30									
ATENDIMENTO FRATERO SEGUNDA- 19H30									
ATENDIMENTO FRATERO TERCA- FEIRA 19H30									
CRISTAL INCA - 19H30									
DESMENTALIZACAO SALA 01 19H30									
DESMENTALIZACAO SALA 02 19H30									
HARMONIZACAO 19H30									
PALESTRA									
QUANTICA PLANETARIA - TERCA-FEIRA 19H30									
REEQUILIBRIO TERAPEUTICO 19H30									
RELAXAMNETO DINAMICO 19H30									
TERAPIA CHARRUAS 19H30									
TERAPIA MAGNETICA 19H30									
TRIAGEM CIRURGIA / CAULIM - AS 19H30									
TRIAGEM DA REPROGRAMACAO DNA/ CELULAS TRONCO 19H30									
UNIVERSAL - 19H30									
Retorno Atendimento Fraterno									

21. Floral indicado:

Floral 1	Floral 2

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do Atendente Fraterno  
Data 30/03/2024