

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									
Retorno Atendimento Fraterno									

21. Floral indicado:

Floral 1	Floral 2

Nome e Assinatura do Atendente Fraterno
Data 10/03/2024