

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 17/02/2024

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

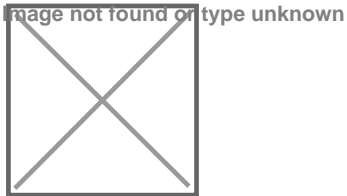
19. Psicogerador Radiônico (contornar o número lido)

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 17/02/2024