

ATENDIMENTO FRATERO
Ficha do Paciente



Paciente preencher com LETRA DE FORMA (legível)

Nome: LUCAS PEREIRA BUBLITZ

Data Nas: 12/08/2012

Idade: 11 anos

CPF: 126.034.179-83

R/G:

Tel celular/fixo: (47) 98408-9112

Cidade: Jaraguá do Sul

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 07/05/2024

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 |
|--|--------|------------|------------|------|------|------|------|------|------|
| ATENDIMENTO CONSELHO ESPIRITUAL | | | | | | | | | |
| ATENDIMENTO FRATERO - QUINTA-FEIRA 19H30 | | | | | | | | | |
| ATENDIMENTO FRATERO SEGUNDA- 19H30 | 1 | 03/06/2024 | | | | | | | |
| ATENDIMENTO FRATERO TERCA- FEIRA 19H30 | | | | | | | | | |
| CRISTAL INCA - 19H30 | | | | | | | | | |
| DESMENTALIZACAO SALA 01 19H30 | | | | | | | | | |
| DESMENTALIZACAO SALA 02 19H30 | | | | | | | | | |
| HARMONIZACAO 19H30 | | | | | | | | | |
| PALESTRA | | | | | | | | | |
| QUANTICA PLANETARIA - TERCA-FEIRA 19H30 | 2 | 07/05/2024 | 14/05/2024 | | | | | | |
| REEQUILIBRIO TERAPEUTICO I 19H30 | | | | | | | | | |
| REEQUILIBRIO TERAPEUTICO II 19H30 | | | | | | | | | |
| RELAXAMNETO DINAMICO 19H30 | | | | | | | | | |
| TERAPIA CHARRUAS 19H30 | 1 | 27/05/2024 | | | | | | | |
| TERAPIA MAGNETICA 19H30 | | | | | | | | | |
| TRIAGEM CIRURGIA / CAULIM - AS 19H30 | | | | | | | | | |
| TRIAGEM DA REPROGRAMACAO DNA/ CELULAS TRONCO 19H30 | | | | | | | | | |
| UNIVERSAL - 19H30 | 2 | 16/05/2024 | 23/05/2024 | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Retorno Atendimento Fraterno | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

21. Floral indicado:

| Floral 1 | Floral 2 |
|----------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome e Assinatura do Atendente Fraterno
Data 07/05/2024