

ATENDIMENTO FRATERO

Ficha do TAREFEIRO

NOME DO TAREFEIRO :

Data Nas:/...../..... Idade:..... Telefone:

1. Descreva o que está lhe afligindo: () Emocional () Espiritual () Físico

2. Você já fez tratamento no CAEB para esta mesma situação? () SIM () NÃO

3. Você está fazendo acompanhamento médico? () SIM () NÃO

4. Você está fazendo acompanhamento com psicólogo ou psicoterapeuta? () SIM () NÃO

5. Está usando medicamento controlado? () SIM () NÃO

Se sim qual?.....

6. Alguma vez pensou em desistir de viver? () SIM () NÃO

Se sim por que?.....

7. Você tem () Fibromialgia () Artrite () Artrose () Reumatismo

8. Nível de estudo no CAEB.....

Declaro estar ciente destas informações: **Assinatura:** **Data** ____/____/20____

Nossa Missão: ATRAVÉS DO AMOR OBTER A CURA.

ATENDIMENTO FRATERO

Ficha do TAREFEIRO

NOME DO TAREFEIRO :

Data Nas:/...../..... Idade:..... Telefone:

1. Descreva o que está lhe afligindo: () Emocional () Espiritual () Físico

2. Você já fez tratamento no CAEB para esta mesma situação? () SIM () NÃO

3. Você está fazendo acompanhamento médico? () SIM () NÃO

4. Você está fazendo acompanhamento com psicólogo ou psicoterapeuta? () SIM () NÃO

5. . Está usando medicamento controlado? () SIM () NÃO

Se sim qual?.....

6. . Alguma vez pensou em desistir de viver? () SIM () NÃO

Se sim por que?.....

7. Você tem () Fibromialgia () Artrite () Artrose () Reumatismo

8. Nível de estudo no CAEB.....

Declaro estar ciente destas informações: **Assinatura:** **Data** ____/____/20____

Nossa Missão: ATRAVÉS DO AMOR OBTER A CURA.

Parte de trás da ficha - deverá ser preenchido pelo Atendente Fraternal

OBSERVAÇÕES

.....

.....

.....

.....

Terapias indicadas:

TERAPIA	Quant.	TERAPIA	Quant.
Atendimento Profissional		Palestras	
Apoio Terapêutico		Passe de Câmara	
Bio Magnética		Quântica Planetária	
Cristal Inca		TM – Terapia Magnética	
Energética		Tratamento Físico	
Florais		Triagem Caulim	
Genérica		Triagem Cirurgia	
Gira da Demanda		Universal	
Grupo Charrua		Vibracional	
Holoterapia		Zapper	
Meridianoterapia			

Data ____/____/20____

Nome e Assinatura do Atendente Fraternal

=====

Parte de trás da ficha - deverá ser preenchido pelo Atendente Fraternal

OBSERVAÇÕES

.....

.....

.....

.....

Terapias indicadas:

TERAPIA	Quant.	TERAPIA	Quant.
Atendimento Profissional		Palestras	
Apoio Terapêutico		Passe de Câmara	
Bio Magnética		Quântica Planetária	
Cristal Inca		TM – Terapia Magnética	
Energética		Tratamento Físico	
Florais		Triagem Caulim	
Genérica		Triagem Cirurgia	
Gira da Demanda		Universal	
Grupo Charrua		Vibracional	
Holoterapia		Zapper	
Meridianoterapia			

Data ____/____/20____

Nome e Assinatura do Atendente Fraternal