



## ATENDIMENTO FRATERO Ficha do Paciente

### Paciente preencher com LETRA DE FORMA (legível)

Nome: FRANCIELE GESSER

Data Nas: 07 / 01 / 1992 Idade: 29 anos

Estado Civil: SOLTEIRO(A) Tel Celular: (47)991358-007

Tel Fixo:

Email:

Endereço: RUA 266

CEP: 89254-420

Bairro: ÁGUA VERDE

Cidade: JARAGUÁ DO SUL

Estado: SC

RG: 5596865

CPF: 081.690.389-10

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? ☐ Sim. Quantas vezes por mês? .....vezes.

7. Usa medicamento controlado? ☐ Não ☐ Sim Qual? .....

7. Usa medicamento controlado? ☐ Não ☐ Sim Qual? .....

8. Você está tendo acompanhamento médico? ☐ Não ☐ Sim

9. Alguma vez pensou em desistir de viver? ☐ Não ☐ Sim Porque? .....

10. Tem pressentimentos? ☐ Não ☐ Sim

11. Você vê vultos? ☐ Não ☐ Sim

12. Ouve vozes? ☐ Não ☐ Sim

13. Sente alguém ao seu lado? ☐ Não ☐ Sim

14. Sente arrepios? ☐ Não ☐ Sim

15. Você muda de humor facilmente? ☐ Não ☐ Sim

16. Você tem: ☐ Fibromialgia ☐ Artrite ☐ Artrose ☐ Reumatismo

17. Se for mulher, favor informar se está grávida. ☐ Não ☐ Sim

Aos pacientes com doenças físicas trazer fotocópia do laudo médico, laudo(s) de exame(s) de imagens de seu médico, sendo eles realizado menos de 2 anos (sendo RECENTES).

IMPORTANTE: Não fazemos diagnóstico médico e o acompanhamento com o seu médico deve continuar.

Este documento é um documento sigiloso onde só o Atendente Fraterno e a Direção da Casa tomará conhecimento e encaminhará aos tratamentos da casa.

Declaro estar ciente destas informações: **Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**Nossa Missão: Através do amor obter a CURA. Seja bem-vindo!**

## ATENDIMENTO FRATERO Ficha do Paciente

**Parte de trás da ficha - deverá ser preenchido pelo Atendente Fraterno**

18. Observações:

.....

.....

.....

.....

.....

19. Terapias indicadas:

TERAPIA	Quant.	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data
Atendimento Profissional									
Biomagnética									
Cristal Inca									
Energética									
Genérica									
Grupo Charrua									
Holoterapia									
Meridianoterapia									
Palestras									
Passe de Câmara									
Quântica Planetária									
TM - Terapia Magnética									
Tratamento Físico									
Triagem Caulim									
Triagem Cirurgia									
Universal									
Vibracional									
Zapper									

20. Floral indicado:

Floral 1	Floral 2 (se precisar)

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do Atendente Fraterno  
Data 07/06/2021