



FRATERNIDADE ROSACRUZ

1) *Imprima esse Formulário*

2) *Preencha esse Formulário com caneta tinteiro (tinta nanquim)*

3) *Envie para: **Fraternidade Rosacruz em Campinas – SP***

Departamento de Cura

Avenida Francisco Glicério, 1326 – Conj. 82–8º andar-Centro – Campinas – SP – Brasil – 13012-100

SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO DE CURA

PREENCHA ESTE FORMULÁRIO COM CANETA TINTEIRO

NÃO USE ESFEROGRÁFICA NEM HIDROGRÁFICA

Data da Solicitação: ____/____/____ E-mail (se tiver): _____

Olhe no seu relógio e coloque a hora do momento do preenchimento: ____:____ () manhã () tarde () noite

Seu Nome Completo: _____

Rua/Av: _____ n° _____ Apto: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ País: _____

É Estudante da Fraternidade Rosacruz? Sim () Não ()

Se sim: Preliminar () Regular () Probacionista ()

Data de Nascimento: ____/____/____ Hora do Nascimento: ____:____ () manhã () tarde () noite

Local do seu Nascimento: Cidade: _____ Estado: _____ País: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____ Filhos (se sim quantos): _____

Profissão: _____

Você fuma? Sim () Não ()

Toma Bebidas Alcoólicas? Sim () Não ()

Come Carnes? Sim () Não ()

Descreva sua Alimentação Diária (café da manhã, almoço, jantar): _____

Pratica Exercícios Físicos? Se sim, quais? _____

Passou por Alguma Cirurgia? Se sim, quais? _____

Teve Enfermidades Anteriores? Se sim, quais? _____

Está sob cuidados médicos? Se sim, quais? _____

Há diagnósticos? Se sim, quais? _____

Está usando medicamentos? Se sim, quais? _____

Descreva os Sintomas da sua Enfermidade: _____

Se você não sabe sua hora de nascimento, por favor, mencione as datas dos assuntos abaixo:

Nascimento do (a) primeiro (a) filho (a): ____/____/____

Nascimento do (a) segundo (a) filho (a): ____/____/____

Data do Casamento: ____/____/____

Data do Divórcio: ____/____/____

Data do Falecimento do seu Pai: ____/____/____

Data do Falecimento da sua Mãe: ____/____/____

Data do Falecimento do Marido ou da Esposa: ____/____/____

Data do Fato **importante** que mudou a sua vida: ____/____/____

ASSINATURA DO PACIENTE

IMPORTANTE: o paciente deverá preencher esse formulário. Caso não possa, devido à enfermidade, um responsável deverá preenchê-lo. PORÉM, O PACIENTE DEVERÁ ASSINAR OU IMPRIMIR SEUS DEDOS IMPREGNADOS COM TINTA DE CANETA TINTEIRO (NAQUIM) NO LUGAR INDICADO: Assinatura do Paciente

NÃO ESCREVA NO VERSO DESTE FORMULÁRIO