



Nome Completo: \_\_\_\_\_

Número RG: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Tel efone Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabalho: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado  Solteiro  Viúvo  Divorciado  Vive com alguém

Sexo:  Masculino  Feminino

Profissão: Atual \_\_\_\_\_ Passada \_\_\_\_\_

Frequenta célula de:  CASAIS  HOMENS  MULHERES  
 JOVENS  JUNIORES  SURDOS

Número da célula: \_\_\_\_\_ Nome do Líder: \_\_\_\_\_

Telefone do Líder: ( ) \_\_\_\_\_, Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Nome do Doze que cobre a célula: \_\_\_\_\_

**Por favor, preencha os nomes e telefones das pessoas que você mais considera importantes em sua vida.**

Nome: \_\_\_\_\_ Tel. casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trab.: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Tel. casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trab.: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Tel. casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trab.: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Tel. casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trab.: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Tel. casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trab.: \_\_\_\_\_

**Programação do Encontro**

**Sexta-feira** - Bem-vindo à Festa

**Sábado** - Amor Paternal de Deus (H) / A Mulher Samaritana (M), Peniel, Quebrando as Cadeias que Prendem, A Vida não é só Sexo, Drogas e Rock 'in Roll, Cura Interior e Cruz.

**Domingo** - Nova Vida, Batismo no Espírito, Visão, Banho de Amor.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_

Residente à \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Declaro que estou me submetendo, por minha escolha, ao Encontro com Deus (um retiro espiritual que visa um maior conhecimento de Deus e sua palavra - a bíblia). Às ministrações de libertação e cura interior, através da Comunidade Cristã de Ribeirão Preto. Estou ciente de que, em vista da natureza deste questionário, as informações pessoais e confissões significativas de minha vida serão tratadas de forma confidencial e sigilosa pela. Essa atividade tem caráter religioso, sem qualquer responsabilidade atual ou futura, de uso civil ou criminal.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Assinatura

**1. Por favor, preencha o Inventário de suas experiências espirituais, mesmo que apenas uma vez, assinalando as práticas já realizadas:**

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Projeção Astral              | <input type="checkbox"/> Mágica                               | <input type="checkbox"/> Budismo      |
| <input type="checkbox"/> Adivinhação                  | <input type="checkbox"/> Pactos de Sangue                     | <input type="checkbox"/> Hare Krishna |
| <input type="checkbox"/> Psicografia                  | <input type="checkbox"/> Incubus e Súcubus (demônios sexuais) | <input type="checkbox"/> Rosa Cruz    |
| <input type="checkbox"/> Fala em transe               |   | <input type="checkbox"/> Seicho-no-iê |
| <input type="checkbox"/> Levitação                    | <input type="checkbox"/> Ciência Cristã                       | <input type="checkbox"/> Hinduísmo    |
| <input type="checkbox"/> Sonhos visionários           | <input type="checkbox"/> Cientologia                          | <input type="checkbox"/> Ioga         |
| <input type="checkbox"/> Telepatia                    | <input type="checkbox"/> Igreja Local Witness Lee             | <input type="checkbox"/> Islamismo    |
| <input type="checkbox"/> Fantasmas                    | <input type="checkbox"/> Igreja da Unificação                 | <input type="checkbox"/> Satanismo    |
| <input type="checkbox"/> Materialização               | <input type="checkbox"/> Mormonismo                           | <input type="checkbox"/> Macumba      |
| <input type="checkbox"/> Clarividência                | <input type="checkbox"/> Testemunha de Jeová                  | <input type="checkbox"/> Candomblé    |
| <input type="checkbox"/> Clarissensação               | <input type="checkbox"/> Meninos de Deus                      | <input type="checkbox"/> Umbanda      |
| <input type="checkbox"/> Cartomancia                  | <input type="checkbox"/> Unitarianismo                        | <input type="checkbox"/> Quimbanda    |
| <input type="checkbox"/> Astrologia                   | <input type="checkbox"/> Maçonaria                            |                                       |
| <input type="checkbox"/> Radiestesia (Vara e Pêndulo) | <input type="checkbox"/> Nova Era                             |                                       |
| <input type="checkbox"/> Hipnose                      | <input type="checkbox"/> Espiritismo                          |                                       |
| <input type="checkbox"/> Encantamentos mágicos        | <input type="checkbox"/> Catolicismo                          |                                       |

**2 Preencha as informações sobre envolvimento com práticas religiosas relacionadas acima (que você sabe) dos parentes citados abaixo:**

**Parente**

**Prática religiosa que já praticaram ou praticam**

Pai \_\_\_\_\_

Mãe \_\_\_\_\_

Avô Paterno \_\_\_\_\_

Avó Paterna \_\_\_\_\_

Avô Materno \_\_\_\_\_

Avó Materna \_\_\_\_\_

**3. Você já foi hipnotizado**  Sim  Não

**4. Você já frequentou algum seminário de "Nova Era" ?**  Sim  Não

Se sim, descreva em que você participou \_\_\_\_\_

**5. Você já ouviu (ou ainda ouve) vozes em sua mente?**  Sim  Não

Teve (ou tem) pensamentos repetitivos importunos, estranhos ao que você acredita ou sente, como se um diálogo estivesse ocorrendo em sua mente?  Sim  Não

Explique: \_\_\_\_\_

**6. Há problemas de vícios na história de sua família?**  Sim  Não

Com álcool \_\_\_\_\_

Com drogas \_\_\_\_\_

7. Tem algum caso de suicídio na família?  Sim  Não

Explique: \_\_\_\_\_

Já sentiu vontade se matar?  Sim  Não

Por que? \_\_\_\_\_

Já tentou suicídio?  Sim  Não

Explique: \_\_\_\_\_

8. Há qualquer caso de doença mental em sua família?  Sim  Não

Explique: \_\_\_\_\_

9. Você tem dificuldades para conciliar o sono?  Sim  Não

Você tem constantes pesadelos ou outras perturbações à noite?  Sim  Não

Explique: \_\_\_\_\_

10. Você toma algum medicamento para algum problema físico ou mental?  Sim  Não

Quais: \_\_\_\_\_

11. Você já experimentou algum tipo de trauma (físico ou emocional)  Sim  Não

Explique: \_\_\_\_\_

12. Abuso ou violência sexual  Sim  Não

Explique: \_\_\_\_\_

13. Envolvimento em algum acidente sério; morte de amigo ou membro da família?  Sim  Não

Explique: \_\_\_\_\_

14. Assinale abaixo os problemas que você enfrenta.:

Pensamentos obsessivos

Ansiedade

Sentimentos de inferioridade

Depressão/Tristeza profunda

Falta de memória

Confusão Mental

Sentimentos de rejeição (que não é amado)

Medo de doenças ( Hipocondria )

Dores de cabeça constantes

Sentimentos de insegurança/medo

Letargia/sonolência

Pesa delos constantes

15. Você experimenta ( ou já experimentou ):

Frustração

Medo de morrer

Medo de \_\_\_\_\_

Dificuldade em perdoar

Raiva

Solidão

Amargura

Medo de enlouquecer

16. Você é filho adotivo?  Sim  Não

17. Você sabe por que recebeu o nome que tem?

18. Quantas horas de televisão você costuma assistir a cada semana? \_\_\_\_\_

Cite cinco de seus programas favoritos.

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_