

## Observações importantes:

1. Todos os dados pessoais aqui informados serão totalmente confidenciais.
2. Os dados psicoemocionais e espirituais serão confidenciais entre o dirigente e seus assessores diretos.
3. Responda com total honestidade.
4. Envie uma cópia preenchida para [fraternidadedocoracao@gmail.com](mailto:fraternidadedocoracao@gmail.com).  
(WhatsApp, se necessário, para comunicar-se com bastante objetividade: **11 97107-2743**)
5. Após o envio da anamnese por email, aguarde contato da nossa equipe com os próximos passos

Nossos principais vídeos e posts no Youtube e Instagram:

- a) Documentário Entrega ao Deus Interior ([Youtube](#)) – 51'37"
- b) O Feitio da Ayahuasca ([Youtube](#)) – 31'53"
- c) O Papel da Ayahuasca na Evolução da Consciência ([Instagram](#))([Youtube](#), com legendas em inglês) – 51'25"
- d) O que é preciso saber para Consagrar a Ayahuasca pela primeira vez? ([Instagram](#))
- e) Alimentação e preparação para a Ayahuasca ([Instagram](#))

## FICHA CADASTRAL

**Nome:** .....  
**Telefone:** ( ..... ) ..... - ..... **Celular:** ( ..... ) ..... - .....  
**E-mail:** .....  
**Instagram:** @..... **Facebook:** @..... **Linkedin:** @.....  
Data de nascimento: ..... / ..... / .....  
Filiação: .....  
Identidade: RG: ..... Órgão Expedidor: .....  
CPF: .....  
Escolaridade: .....  
Endereço: Rua: ..... nº .....  
Bairro: ..... Cidade: ..... Estado: .....

### 1. Vida Familiar

Estado civil ou de convivência: .....  
Tem filhos? Quantos? .....  
Mora com: .....

### 2. Vida Profissional

Atividade profissional: .....  
Você gosta do que faz? .....  
Você se sente estável em seu trabalho? .....  
Outras atividades: .....

### 3. Saúde e Comportamento

Você já teve alguma doença grave? Qual? Quando? .....  
.....  
Já fez alguma cirurgia? Qual? Quando? .....  
.....  
Tem atualmente algum problema de saúde ou doença?  
Qual (cérebro, fígado, coração, pulmão, pressão, etc)? .....  
.....  
Tem problemas cardíacos? .....  
Tem diabetes? .....  
Úlceras? .....

Outros?.....

Está grávida? De quantos meses? .....

Sua pressão arterial é: ( ) Baixa ( ) Alta ( ) Normal

Qual a data do seu último exame de Eletrocardiograma? .....

Seu estado atual é:

- |                     |                           |
|---------------------|---------------------------|
| ( ) Depressivo (a)  | ( ) Irritado (a)          |
| ( ) Ansioso (a)     | ( ) Alegre (a)            |
| ( ) Calmo (a)       | ( ) Falta de concentração |
| ( ) Preocupado (a)  | ( ) Com insônia           |
| ( ) Angustiado (a)  | ( ) Irrequieto (a)        |
| ( ) Desmotivado (a) | ( ) Normal                |

Está fazendo algum tipo de tratamento? Qual? .....

Se está, que remédios tem tomado e qual a dose?

Este(s) medicamento(s) é (são) indicado(s) para: .....

Você bebe? Se sim, com que frequência? .....

Você consome ou já consumiu algum tipo de droga? Qual? Com que frequência?

Você acha que seu uso de bebida ou droga trouxe prejuízos à sua vida? Quais?

Já sentiu dificuldade em controlar este uso de bebida ou droga? .....

Consideramos ser contra-indicado o uso do Santo Daime para pessoas com personalidades esquizóides e pré-psicóticas; neuróticos com instabilidade de identidade e níveis altos de ansiedade, como síndrome do pânico.

É também contra-indicado para usuários de antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina; antidepressivos tricíclicos, de efeito dual ou complexo; substâncias de mecanismo de ação não muito bem estabelecido; inibidores da *monoamina oxidase* e também substâncias psicoestimulantes, por possuírem efeitos hipertensivos.

Segue uma lista com os medicamentos controlados e outra com medicamentos não controlados. Mais à frente, você terá opção de marcar com um x aquele(s) que utiliza.

É necessário que você indique se faz uso contínuo ou usou recentemente, principalmente nos últimos três dias, algum destes medicamentos ou princípios ativos. Marque na última coluna, indicada pelo "X". Atente para o encaminhamento. Exceção ao "5. NÃO PODE participar", todos os demais precisam de aval médico.

ENCAMINHAMENTO	TIPO	CLASSIFICAÇÃO	NOME QUÍMICO	NOME COMERCIAL	x		
5. NÃO PODE participar	CONTROLADO	Antiparkinsoniano	Levodopa	Prolopa			
			Selegilina	Niar			
		Antipsicótico	Amisulprida	Socián			
			Clorpromazina	Amplictil			
			Clozapina	Leponex			
			Flufenazina	Anatensol			
			Haloperidol	Haldol			
			Levomepromazina	Neozine			
			Olanzapina	Zuprexa			
			Pimozida	Orap			
			Quetiapina	Seroquel			
			Risperidona	Risperdal			
			Sulpirida	Dogmatil			
			Trifluoperazina	Stelazine			
Estabilizante de humor	Carbonato de lítio	Carbolitium Priadel					
	Anticonvulsivante	Ac. Valpróico/Divalproato de sódio	Depakene				
Depakote							
Valpakene							
Carbamazepina		Tegretol					
Fenitoína		Hidantal					
Fenobarbital		Edhanol					
3. Medicação NÃO PODE SER INTERROMPIDA + aval médico	NÃO CONTROLADO	Antihipertensivo	Atenolol	Angipress			
				Atenol			
				Atenolol			
			Captopril	Capotem			
				Captopril			
			Losartan	Atacand			
			Maleato de enalapril	Eupressim			
				Renitec			
			Hipoglicemiante	Metformina	Vasopril		
		Daonil					
		Glifage					
		Glucoformim					
		2. Interromper medicação dias antes + aval médico		CONTROLADO	Antidepressivo	Amitriptilina (cloridrato)	Amitryl
			Tryptanol				
Bup							
Bupropiona	Zyban						
	Citalopran		Cipramil				
Clomipramina	Anafranil						
	Clo						
Duloxetina	Cymbalta						
Escitalopran	Cipralex						
	Exodus						
	Lexapro						
Fluoxetina (cloridrato)	Daforin						
	Deprax						
	Eufor						
	Fluxene						
	Lovan						
	Prozac						
	Prozen						
	Sarafem						
	Selectus						
	Symbyax						
Verotina							
Fluvoxamina	Dumyrox						
	Luvox						
Imipramina	Tofranil						
Maprotilina	(vazio)						
Mirtazapina	(vazio)						
Moclobemida	Aurorix						
Nortriptilina (cloridrato)	Nortelox						
	Pamelor						
Paroxetina (cloridrato)	Pondera						
Reboxetina	Edronax						
	Prolift						
Sertralina	Assert						
	Novativ						
	Sercerin						
	Serenata						
	Tolrest						
Tianeptina	Zolof						
Tranilcipromina e Trifluoperazina	Stablon						
	Stelapar						
Trazodona	Triticum						
Venlafaxina	Efexor						
Estimulante SNC (derivado anfetamina)	Metilfenidato	Concerta					
		Ritalina					
Moderador de apetite	Sibutramina	Biomag					
		Meridia					
		Plenty					
			Reductil				

ENCAMINHAMENTO	TIPO	CLASSIFICAÇÃO	NOME QUÍMICO	NOME COMERCIAL	x
1. Não tomar 24h ANTES + aval médico		Ansiolítico		Saciette	
				Sibutral	
				Vazy	
			Alprazolam	Altrox	
				Apraz	
				Frontal	
			Bromazepam	Lexotan	
				Somaliun	
			Buspirona	Ansienon	
				Ansitec	
				Buspanil	
			Clobazam	Buspar	
				Frizium	
			Clonazepam	Clonotril	
				Navotrax	
			Clordiazepóxido	Rivotril	
				Limbitrol	
				Menotensil	
			Cloxazolan	Psicosedim	
				Clozal	
				Elum	
			Diazepam	Olcadil	
				Ansilive	
				Compaz	
				Dienpax	
				Noan	
			Flunitrazepam	Valium	
				Rohypnol	
			Lorazepam	Ansilor	
				Ativan	
				Lorax	
				Lorenin	
				Loserdal	
				Max-pax	
				Mesmerin	
				Tavor	
				Temesta	
				Hipnótico (indutor de sono)	Zolpiden
	NÃO CONTROLADO	Antialérgico	Cetirizina	Zyrtec	
			Dexclorfeniramina	Celestamine	
Brocodilatadores		Loratadina	Polaramine		
		Salbutamol	Claritin		
Brocodilatadores (inalação)		Fenoterol+Ipratropio	Aeroflux		
			Aerolin		
Relaxante muscular			Baclofenaco	Berotec+Atrovent	
			Carisoprodol	Lioriesal	
			Ciclobenzaprina	Tandrilax	
			Orfenadrina	Miosan	
				Dorflex	

Casos que **exigem cautela** :

\*\*\*\*\* Medicação de uso contínuo que não pode ser interrompida \*\*\*\*\*

- **Diabéticos:** **NÃO PODEM** ficar longos períodos de tempo sem se alimentar. Como a Ayauasca queima glicose, deve-se oferecer frutas em espaços de tempo regulares (DURANTE O RITUAL);

- **Hipertensos:** Pode haver leve aumento de pressão com a Ayauasca, portanto, a pessoa deve tomar o medicamento normalmente e **receber atenção redobrada no ritual, inclusive analisando a dose a ser dada caso a caso**, levando-se em consideração se a pressão está controlada, a idade da pessoa, etc. **Casos de cardiopatia mais grave, como marcapassos**, precisam de liberação do cardiologista para participar do ritual.

Deve-se evitar qualquer outro tipo de medicação em dia de ritual, **sempre** entre em contato caso tome algum medicamento, mesmo que não seja um psicotrópico (medicação sujeita a controle especial pela Portaria 344/98 - Ministério da Saúde), toda medicação deve ser relatada na ficha de anamnese, para análise da participação.

**Fonte:**

Portaria 344/98 (Ministério da saúde) - Última atualização link - <http://portal.crfsp.org.br/noticias/3576-portaria-34498.html>

DEF. O 38 º Edição (JBM - Jornal Brasileiro de Medicina)

Psicosite - <http://www.psicosite.com.br/>

<http://pfarma.com.br/noticia-setor-farmaceutico/legislacao-farmaceutica/733-rdc-35-portaria344-98.html>

## 4. Problemas Psicológicos

Você ou alguém da sua família possuiu ou possui distúrbios psicológicos? .....

Quem? .....

Qual problema? .....

De 1 a 10, sendo 1 muito pouco e 10 exagerado, em que nível esse problema existe hoje?

.....

Você ou alguém da sua família já foi internado em alguma instituição psiquiátrica? .....

Quem? ..... Onde?.....

Por quê? .....

Alguns desses sintomas abaixo estão presentes na sua família?

( ) Problemas do Coração ( ) Esquizofrenia ( ) Alcoolismo

Em que grau de parentesco? .....

Você já teve algum tipo de **surto** psicótico? Se sim, como foi?

.....

.....

Você já teve a experiência de ver ou ouvir coisas que os outros não podiam ver ou ouvir? Vê vultos?

.....

Já teve alguma passagem marcante como sensação de morte – projeções – desdobramentos – regressões ou outros? .....

Como foi? .....

Você já teve a sensação de estar sendo perseguido ou já se sentiu ameaçado por alguém?

.....

Você já teve a sensação de não conseguir ordenar os pensamentos em sua cabeça, por horas ou dias? .....

Você já viveu alguma situação em que seus pensamentos estavam muito acelerados, que você não conseguia acompanhá-los? .....

Se você fosse convidado a fazer um laudo psiquiátrico para verificar se possui algum distúrbio psicológico, como você se sentiria? .....

.....

## 5. Quais destes problemas existem em sua casa?

Alcoolismo ( ) Consumo de drogas ( ) Doenças ( ) Brigas constantes ( )

Instabilidade econômica ( ) Problemas legais ( ) Problemas Psicológicos ( ) Outros ( )

.....

## 6. Relação com Autoridade

Em relação à autoridade, você tem facilidade em obedecer regras? .....

De 0 à 10 (sendo 0 péssimo e 10 excelente) qual a nota que você dá para sua relação com seu Pai ( ) e sua Mãe ( ) ?

## 7. Reatividade e Agressividade

De 0 a 10, quanto você se considera reativo (pavio curto)?.....

Você já brigou fisicamente com alguém? Se sim, quantas vezes? Por quê? .....

## 8. Espiritualidade

Você atualmente pratica alguma religião? Qual? .....

O que busca em sua prática religiosa? .....

Pratica algum tipo de meditação ou prática espiritual? Qual? .....

Tem algum grau de mediunidade? .....

É possível descrever?.....

Segundo seus próprios critérios, já teve alguma experiência espiritual marcante?.....

Como foi? .....

Você acredita que o desenvolvimento espiritual possa lhe ajudar? Em que? .....

Já tomou Santo Daime/ Ayahuasca? .....

Se sim, em que ocasião (Igreja de Daime, ritual Xamânico, com amigos, etc) e como foi sua(s) experiência(s) (em poucas palavras)? .....

Como soube do Santo Daime / Ayahuasca? .....

Como soube da Fraternidade do Coração? .....

Acredita que o Santo Daime possa ser útil a você? Em que? .....

Qual a Data de seu Trabalho de iniciação (1ª vez que tomou): ..... / ..... / .....

Qual a Data do Trabalho que gostaria de ir na Fraternidade do Coração: ..... / ..... / .....

O que está buscando neste ritual?

Religião ( ) Autoconhecimento ( ) Espiritualidade ( ) Curiosidade ( ) Outros ( )

Qual? .....

## 9. Observações Gerais (se quiser incluir)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Entrevistador

## 10. Declaro que:

- ( ) sou fardado da Doutrina e frequento a Igreja .....
- ( ) não sou fardado, mas frequento a Igreja / Templo / Grupo Xamânico .....
- ( ) estou tomando o Santo Daime pela primeira vez e quem me convidou foi .....
- ..... (nome da pessoa que o convidou)

Assinatura do responsável (convite) .....

Por quem soube deste ritual? .....

## TERMO DE RESPONSABILIDADE E USO DE IMAGEM

Eu, abaixo assinado, venho de livre e espontânea vontade solicitar o ingresso às sessões espirituais com o Santo Daime, na Casa de Cura INTEGRATIVA e Desvelar da Consciência Divina - "Fraternidade do Coração".

Declaro que participei da **reunião obrigatória**, onde tomei ciência da natureza destes trabalhos, bem como da **preparação pedida**, que me foi solicitado nos três dias anteriores ao trabalho não utilizar qualquer tipo de droga ilícita, fazer 3 dias de abstinência de sexo e álcool e da condição expressa de permanecer no TEMPLO ENTREGA AO DEUS INTERIOR até o fechamento do RITUAL, assim como da proibição de portar ou usar quaisquer substâncias proscritas pela lei penal brasileira, bebidas alcoólicas, armas brancas ou de fogo.

Declaro ter passado por **anamnese prévia** e irei mantê-la atualizada mesmo após esse trabalho, estar ciente de que o Chá do Santo Daime é um amplificador de Consciência, estar ciente de que é proibido fumar nas dependências da Casa durante o ritual, ter conhecimento de que é **proibido ir embora durante a realização do ritual**, ter conhecimento de que devo me alimentar e aguardar pelo menos 40 minutos para me retirar das dependências do local, após o término do trabalho, e só fazê-lo se realmente estiver me sentindo bem.

Declaro ter conhecimento de que é **proibido fotografar, filmar ou gravar** o Ritual, na parte ou no todo, sendo isto passível de penalidades.

Declaro também que **sou maior de idade, plenamente capaz, que estou em pleno gozo das minhas faculdades mentais**, e que vim tomar o Chá do Santo Daime por livre e espontânea vontade, me responsabilizando pelas consequências da ingestão desta Sagrada Bebida.

Declaro que **obedecerei a todas as determinações dos cuidadores e do Diretor dos trabalhos**, que não firam minha privacidade e meus preceitos éticos, que contribuirei para os custos de obtenção do Santo Daime e da manutenção da igreja e que não estou suspenso dos trabalhos pelas diretorias de quaisquer Centros.

Declaro ainda que, **não fiz uso** nas últimas 72 horas de quaisquer dos medicamentos, bebida alcoólica, ou similares anteriormente citados ou de droga ilícita.

Declaro estar ciente de que todas as medidas acima são para minha segurança e conforto, e que, ainda assim, durante o Ritual, **a “Fraternidade do Coração” oferece segurança (policia) no local, enfermeira de plantão e ambulância para atender qualquer necessidade dos participantes.**

Por fim, declaro que TODOS os dados acima preenchidos são verdadeiros e autorizo a CASA DE CURA INTEGRATIVA E DESVELAR DA CONSCIÊNCIA DIVINA a utilizar fotografias/imagens e filmagens dos Rituais, nos quais posso aparecer para fins midiáticos e de divulgação enquanto valorização do Santo Daime/ Ayahuasca.

Cidade, Data	Se menor, pai ou responsável
	Nome completo:
Assinatura	Assinatura