



**ENTREVISTA / ANAMNESE / FICHA CADASTRAL E
TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Observação:

1- Todos os dados pessoais, psicoemocionais e espirituais aqui informados serão totalmente confidenciais e deverão ser arquivados permanentemente no Centro, mesmo quando o iniciante não desejar mais participar da Doutrina.

2- A cada pergunta esteja cômico de que suas informações são vitais para a sua completa segurança durante a realização do Trabalho Espiritual.

3- Lembre-se: **o Daime é para todos, mas nem todos são para o Daime**, por isso, responda todo o questionário com total honestidade.

4. Entregue uma cópia preenchida para o Dirigente por ocasião da Entrevista, que será marcada com 01 semana de antecedência ao trabalho de iniciação.

Nome: _____

Data de nascimento: _____/_____/_____

Filiação: _____

Identidade:RG: _____ Órgão Expedidor: _____

CPF: _____ Escolaridade: _____

Endereço:Rua: _____ n° _____

Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____

1. Vida Familiar

Estado civil ou de convivência: _____

Tem filhos? Não Sim Quantos? _____

Mora com: _____

2. Vida Profissional

Atividade profissional: _____

Você gosta do que faz?: Sim Não Porque?: _____



Você se sente estável em seu trabalho? Sim Não

Tem outras atividades? (profissionais, artísticas, esportivas, etc...:)

3. Saúde e Comportamento

Você já teve alguma doença grave? Não Sim

Qual? _____

Quando? _____

Já fez alguma cirurgia? ? Não Sim

Qual?: _____

Quando? _____

Tem atualmente algum problema de saúde? Não Sim

Qual? _____

Tem problemas cardíacos? Não Sim

Tem diabetes? Não Sim

Úlceras ou gastrite? Não Sim

Outros _____

Está grávida? Não Sim De quantos meses? _____

Sua pressão arterial é:

() Baixa

() Alta

() Normal



Seu estado atual é:

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

Está fazendo algum tipo de tratamento? Não Sim

Se está, que remédios tem tomado? _____

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

ATENÇÃO - MUITO IMPORTANTE

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.



Por isso, é necessário que você indique se faz uso ou usou recentemente, principalmente nos últimos três dias, algum destes medicamentos ou princípios ativos:

- () Anfetaminas
- () Antidepressivos
- () Barbitúricos
- () Biozac
- () Calmantes
- () Carbamazepina (Tegretol)
- () Cebrilin
- () Imipramina (Tofranil)
- () Lítio (Carboclim, Litiocar, Neurolithium)
- () Maleato de mepiramina
- () Medicamentos de tarja preta
- () Moclobemide
- () Moderadores de apetite
- () Naridrin
- () Citalopran (Cipramil, Denyl)
- () Clomipramina (Anafranil)
- () Clorixetin
- () Daforin
- () Desipramina (Norpra-mina)
- () Depress
- () Dramin, Dramanit (Dimenidrinato)
- () Eufor
- () Fenelzina (Nardil)
- () Fluoxetina (Prozac)
- () Flouxetin
- () Fluoxil
- () Fluoxon
- () Fluozet
- () Fluoxene
- () Fluxtina
- () Fluxovamina
- () Haldol
- () Haloperidol
- () Nitrato de nafazolina
- () Nortec
- () Paroxetina (Aropax, Ce-brilin, Pondera)
- () Plasil (Cloridrato de metoclopramida)
- () Psiquial
- () Polaramine desclorfeniramina
- () Reboxetina
- () Ritalina
- () Sertralina (Novativ, Sercerin)
- () Sostac
- () Soníferos
- () Tranilcipromina (Parnate, Stelapar)
- () Tolrest
- () Tofrani



- () Venlafaxina (Efexor)
- () Verotina
- () Vitamina B6 (Pirodixina)
- () Zoloft

Você bebe? Não Sim

Se sim, com que frequência? _____

Você consome ou já consumiu algum tipo de droga? Não Sim

Qual? _____

Com que frequência? _____

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

Não Sim Quais? _____

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

Não Sim

4. Problemas Psicológicos

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

Não Sim 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?: Não Sim Quem? _____

Onde? _____

Por que? _____



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? Não Sim

Como foi?: _____

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

Já teve alguma passagem marcante como sensação de morte - projeções - desdobramentos - regressões ou outros? Não Sim

Como foi? _____

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

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

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

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?

- | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Alcoolismo | <input type="checkbox"/> | Consumo de drogas |
| <input type="checkbox"/> | Doenças | <input type="checkbox"/> | Problemas Psicológicos |
| <input type="checkbox"/> | Problemas legais | <input type="checkbox"/> | Instabilidade econômica |
| <input type="checkbox"/> | Brigas constantes | <input type="checkbox"/> | Outros |

Quais? _____

6. Relação com Autoridade

Em relação a autoridade, você é mais rebelde ou mais legalista? _____

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 _____ ?

Você tem facilidade ou dificuldade em obedecer regras? _____

7. Reatividade e Agressividade

De 0 à 10, quanto você se considera reativo? (pavio curto) _____

Você já brigou fisicamente com alguém? Não Sim
Quantas vezes? _____ Por quê? _____

8. Espiritualidade

Você atualmente pratica alguma religião? Não Sim
Qual? _____

O que busca em sua prática religiosa? _____



Pratica algum tipo de meditação ou prática espiritual? Não Sim
Qual? _____

Tem algum grau de mediunidade? Não Sim
É possível descrever? _____

Segundo seus próprios critérios, já teve alguma experiência espiritual marcante? Não Sim Como foi?: _____

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

Já teve contato com o Santo Daime? Não Sim
Como soube do Santo Daime? _____

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



O que está buscando neste ritual? Se for o caso marque mais de uma opção

| | |
|-------------------|--------------------------|
| Religião | <input type="checkbox"/> |
| Auto-conhecimento | <input type="checkbox"/> |
| Espiritualidade | <input type="checkbox"/> |
| Curiosidade | <input type="checkbox"/> |
| Outros | <input type="checkbox"/> |

Qual? _____

7. Declaração

Declaro que:

Sou fardado da Doutrina e freqüento a Igreja: _____

Não sou fardado, mas freqüento a Igreja: _____

Estou tomando o Santo Daime pela primeira vez e participo de livre e espontânea vontade.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo assinado, venho de livre e espontânea vontade solicitar o ingresso às sessões espirituais com o Santo Daime, no Centro de Estudos Universalistas Estrela Dourada.

Declaro que participei da reunião obrigatória, onde tomei ciência da natureza destes trabalhos, bem como da preparação exigida, que me foi solicitado nos três dias anteriores ao trabalho que consiste em não comer carne, alimentos gordurosos ou de difícil digestão, não consumir álcool e não utilizar qualquer tipo de droga ilícita e dos detalhes do ritual e da condição expressa de permanecer na igreja até o fechamento dos trabalhos, assim como da proibição de portar ou usar quaisquer substâncias proscritas pela lei penal brasileira, 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 igreja 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 do local, após o término do trabalho, e só fazê-lo se sentir-me no controle total de minhas ações.

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 conseqüências da ingestão desta Sagrada Bebida.

Declaro que obedecerei a todas as determinações dos Cuidadores e do Dirigente dos trabalhos e que não estou suspenso dos trabalhos pelas diretorias de quaisquer Centros ou Igrejas da Doutrina do Santo Daime.

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.

Por fim, declaro que os dados acima preenchidos são verdadeiros.

Araçatuba-SP, _____ de _____ de _____

assinatura

nome completo

Só será permitida a participação de menores de idade, com a autorização dos pais ou responsável.

assinatura do pai ou responsável

nome completo do responsável pelo menor