



**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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Identidade:RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

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?: \_\_\_\_\_



3 . Você se sente estável em seu trabalho? Sim  Não

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

---

---

---

**4. Saúde e Comportamento**

Você já teve alguma doença grave? Não  Sim

Qual? \_\_\_\_\_

Quando? \_\_\_\_\_

5. Já fez alguma cirurgia? ? Não  Sim

Qual?: \_\_\_\_\_

Quando? \_\_\_\_\_

6. Tem atualmente algum problema de saúde? Não  Sim

Qual? \_\_\_\_\_

---

---

7. Tem problemas cardíacos? Não  Sim

Qual? \_\_\_\_\_

8. Tem diabetes? Não  Sim

Úlceras ou gastrite? Não  Sim

Outros \_\_\_\_\_

9. Está grávida? Não  Sim  De quantos meses? \_\_\_\_\_



10. Sua pressão arterial é:

- ( ) Baixa
- ( ) Alta
- ( ) Normal

Toma remédio para regular a pressão? Não  Sim

11. 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

12. Está fazendo algum tipo de tratamento? Não  Sim

Se está, que remédios tem tomado? \_\_\_\_\_

Este(s) medicamento(s) é (são) indicado(s) para: \_\_\_\_\_

**LEIA COM ATENÇÃO - MUITO IMPORTANTE**

Consideramos ser contra-indicado o uso do 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 recaptção 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.



CENTRO DE ESTUDOS UNIVERSALISTAS  
**ESTRELA DOURADA**

Por isso, é necessário que você indique se faz uso ou usou recentemente, principalmente nos últimos três dias, algum destes medicamentos ou princípios ativos: **PROCURE CUIDADOSAMENTE PELO NOME QUÍMICO E TAMBÉM PELO NOME COMERCIAL. SEJA TOTALMENTE HONESTO, SUA SEGURANÇA E SUA SAÚDE SÃO MAIS IMPORTANTES QUE SEU DESEJO DE EXPERIENCIAR O DAIME.**

**MEDICAMENTOS CONTROLADOS**

**MEDICAMENTOS GRUPO A - NÃO PODE PARTICIPAR**

<b>Faço Uso</b>	<b>Nome Químico</b>	<b>Nome Comercial</b>	<b>Classificação</b>
	Levopoda	Prolopa	Antiparkinsoniano
	Selegilina	Niar	Antiparkinsoniano
	Flufenazina	Anatensol	Antipsicótico
	Haloperidol	Haldol	Antipsicótico
	Pimozida	Orap	Antipsicótico
	Amisulprida	Socian	Antipsicótico
	Clorpromazina	Amplictil	Antipsicótico
	Clozapina	Leponex	Antipsicótico
	Levomepromazina	Neozine	Antipsicótico
	Olanzapina	Zuprexá	Antipsicótico
	Quetiapina	Seroquel	Antipsicótico
	Risperidona	Zargus, Risperdal	Antipsicótico
	Sulpirida	Dogmatil	Antipsicótico
	Trifluoroperazina	Stelazine	Antipsicótico
	Carbonato de Lítio	Carbolitiun, Priadel	Antipsicótico

**MEDICAMENTOS GRUPO B - CASO CLÍNICO NÃO RECOMENDADO**

<b>Faço Uso</b>	<b>Nome Químico</b>	<b>Nome Comercial</b>	<b>Classificação</b>
	Ácido Valpróico / Divalproato de Sódio	Depakene, Depakote, Valpakene	Anticonvulsivante
	Carbamazepina	Tegretol	Anticonvulsivante
	Fenitoína	Hidantal	Anticonvulsivante
	Fenobarbital	Gardenal, Edhanol	Anticonvulsivante
	Lamotrigina	Lamictal	Anticonvulsivante



CENTRO DE ESTUDOS UNIVERSALISTAS  
ESTRELA DOURADA

**MEDICAMENTOS GRUPO C - NÃO TOMAR NO DIA**

<b>Faço Uso</b>	<b>Nome Químico</b>	<b>Nome Comercial</b>	<b>Classificação</b>
	Zolpiden	Stilnox	Hipnótico (indutor de sono)
	Alprazolam	Frontal, Apraz, Altrox	Ansiolítico
	Bromazepan	Lexotan, Somaliun	Ansiolítico
	Buspirona	Ansitec, Ansienon, Buspar, Buspanil	Ansiolítico
	Clobazam	Frizium	Ansiolítico
	Clonazepan	Rivotril, Clonotril, Navotrax	Ansiolítico
	Clordiazepóxido	Limbitrol, Psicosedim, Menotensil	Ansiolítico
	Clozapolan	Clozal, Elun, Olcadil	Ansiolítico
	Diazepan	Valium, Ansilive, Compaz, Dienpax, Noan	
	Flunitrazepan	Rohypnol	Ansiolítico
	Lorazepan	Lorax, Ansilor, Lorenin, Loserdal, Max-pax, Mesmerin, Ativan, Temesta, Tavor	Ansiolítico

**MEDICAMENTOS GRUPO D - MEDICAÇÃO DEVE SER INTERROMPIDA DIAS ANTES, SE O CASO PERMITE (COM AVAL MÉDICO)**

<b>Faço Uso</b>	<b>Nome Químico</b>	<b>Nome Comercial</b>	<b>Classificação</b>
	Amitriptilina (cloridrato)	Tryptanol, Amitryl	Antidepressivo
	Bupropiona	Zyban, Bup	Antidepressivo
	Citalopran	Cipramil	Antidepressivo
	Clomipramina	Anafranil, Clo	Antidepressivo
	Duloxetina	Cymbalta	Antidepressivo
	Escitalopran	Cipralex, Lexapro, Exodus	Antidepressivo
	Fluoxetina (cloridrato)	Prozac, Verotina, Daforin, Deprax, Lovan, Prozen, Sarafem, Selectus, Symbyax, Eufor, Fluxene,	Antidepressivo
	Fluvoxamina	Dumyrox, Luvox	Antidepressivo
	Imipramina	Tofranil	Antidepressivo



CENTRO DE ESTUDOS UNIVERSALISTAS  
**ESTRELA DOURADA**

**MEDICAMENTOS GRUPO D - MEDICAÇÃO DEVE SER INTERROMPIDA DIAS ANTES, SE O CASO PERMITE (COM AVAL MÉDICO)**

<b>Faço Uso</b>	<b>Nome Químico</b>	<b>Nome Comercial</b>	<b>Classificação</b>
	Maprotilina		Antidepressivo
	Mirtazapina		Antidepressivo
	Moclobemida	Aurorix	Antidepressivo
	Nortriptilina (cloridrato)	Nortelox , Pamelor	Antidepressivo
	Paroxetina (cloridrato)	Pondera	Antidepressivo
	Reboxetina	Edronax, Prolift	Antidepressivo
	Sertralina	Zoloft, Sercerin, Novativ, Tolrest, Serenata, Assert	Antidepressivo
	Tianeptina	Stablon	Antidepressivo
	Tranilcipromina e Trifluoperazina	Stelapar	Antidepressivo
	Trazodona	Triticum	Antidepressivo
	Venlafaxina	Efexor	Antidepressivo
	Metilfenidato	Concerta, Ritalina	Estimulante SNC ( Derivado anfetamina)
	Sibutramina	Meridia, Reductil, Sibutral, Plenty, Saccietto; Biomag , Vazy	Moderador de apetite

**MEDICAMENTOS NÃO CONTROLADOS**

**MEDICAMENTOS GRUPO E - MEDICAMENTO NÃO PODE SER INTERROMPIDO**

<b>Faço Uso</b>	<b>Nome Químico</b>	<b>Nome Comercial</b>	<b>Classificação</b>
	Atenolol	Atenolol, Angipress	Antihipertensivo
	Captopril	Captopril, Capotem	Antihipertensivo
	Losartan	Atacand	Antihipertensivo
	Maleato de enalapril	Renitec, Eupressim, Vasopril	Antihipertensivo
	Metoprolol	Selopress	Antihipertensivo
	Propranolol	Inderal	Antihipertensivo
	Verapamil	Dilacorón	Antihipertensivo
	Glibenclamida	Daonil	Hipoglicemiante
	Metformina	Glucoformim, Glifage Xigduo XR	Hipoglicemiante



CENTRO DE ESTUDOS UNIVERSALISTAS  
ESTRELA DOURADA

**MEDICAMENTOS GRUPO F - NÃO TOMAR NO DIA DO RITUAL**

Faço Uso	Nome Químico	Nome Comercial	Classificação
	Baclofenaco	Lioresal	Relaxante muscular
	Carisoprodol	Tandrilax	Relaxante muscular
	Ciclobenzaprina	Miosan	Relaxante muscular
	Orfenadrina	Dorflex	Relaxante muscular
	Loratadina	Claritin	Antialérgico
	Cetirizina	Zyrtec	Antialérgico
	Dexclorfeniramina	Celestamine, Polaramine	Antialérgico
	Fenoterol+ Ipratropio	Berotec+Atrovent	Broncodilatador (inalação)
	Salbutamol	Aerolin, Aeroflux	Broncodilatador
	Dexpantenol+ cloridrato de nafazolina+ mepiramina	Naridrin	Vasoconstritor
	Vitamina B6	Vitamina B6	Vitamina

13. Você bebe? Não  Sim

Se sim, com que frequência? \_\_\_\_\_

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

Qual? \_\_\_\_\_

Com que frequência? \_\_\_\_\_

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

Não  Sim  Quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Não  Sim

**17. Problemas Psicológicos**

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

Não  Sim  Quem?: \_\_\_\_\_



Qual problema? : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**18.** De 1 a 10, sendo 1 muito pouco e 10 exagerado, em que nível esse problema existe hoje? \_\_\_\_\_

**19.** Você ou alguém da sua família já foi internado em alguma instituição psiquiátrica?: Não  Sim  Quem? \_\_\_\_\_  
Onde? \_\_\_\_\_  
Por que? \_\_\_\_\_

**20.** Alguns desses sintomas abaixo estão presentes na sua família?  
( ) Problemas do Coração ( ) Esquizofrenia ( ) Alcoolismo

Em que grau de parentesco? \_\_\_\_\_

**21.** Você já teve algum tipo de surto? Não  Sim   
Como foi?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**23.** Já teve alguma passagem marcante como sensação de morte - projeções - desdobramentos - regressões ou outros? Não  Sim   
Como foi? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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



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

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

28. 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? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

29. Em relação a autoridade, você é mais rebelde ou mais legalista? \_\_\_\_\_

30. 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 \_\_\_\_\_ ?

31. Você tem facilidade ou dificuldade em obedecer regras? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

32. De 0 à 10, quanto você se considera reativo? (pavio curto) \_\_\_\_\_

33. Você já brigou fisicamente com alguém? Não  Sim   
Quantas vezes? \_\_\_\_\_ Por quê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

34. Você atualmente pratica alguma religião? Não  Sim   
Qual? \_\_\_\_\_



35. O que busca em sua prática religiosa? \_\_\_\_\_

---

---

36. Pratica algum tipo de meditação ou prática espiritual?

Não  Sim  Qual? \_\_\_\_\_

---

37. Tem algum grau de mediunidade? Não  Sim

É possível descrever? \_\_\_\_\_

---

---

---

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

Como foi?: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

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

---

---

---

---

40. Já teve contato com o Santo Daime? Não  Sim

Como soube do Santo Daime? \_\_\_\_\_

---

---

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



42. 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? \_\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO

Declaro que:

Sou fardado da Doutrina e frequento a Igreja: \_\_\_\_\_

Não sou fardado, mas frequento a Igreja: \_\_\_\_\_

Estou tomando o 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 Daime, no Centro de Estudos Universalistas Estrela Dourada.

Declaro que participei da Entrevista 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 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, mesmo possuindo porte de arma legalizada.

Declaro ter passado por anamnese prévia e irei mantê-la atualizada mesmo após esse trabalho, estar ciente de que o Chá do Daime é um



CENTRO DE ESTUDOS UNIVERSALISTAS  
ESTRELA DOURADA

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 recebi o Manual de Orientações para Iniciantes durante a Entrevista e que obedecerei a todas as determinações contidas bem como as orientações dos Fiscais 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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai ou responsável

\_\_\_\_\_  
Nome e RG. do pai ou responsável