



Comunidade Cristã

DE RIBEIRÃO PRETO

MAPEAMENTO ESPIRITUAL

Nome Completo: _____

Número RG: _____ Nasc.: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Telefone Casa: _____ Celular: _____ Trabalho: _____

Estado Civil: [] Casado [] Solteiro [] Viúvo [] Divorciado [] Amasiado

Sexo: [] Masculino [] Feminino

Profissão: Atual _____ Passada _____

Freqüenta célula de: [] CASAIS [] HOMENS [] MULHERES
[] JOVENS [] JUNIORES [] SURDOS

Número da célula: _____ Nome do Líder: _____

Telefone do Líder _____

Nome do Doze que cobre a célula: _____

Por favor, preencha os nomes e telefones das pessoas que você ama.

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.: _____

Nome _____ Tel. casa: _____ Celular: _____ Trab.: _____

Eu, _____, portador do RG: _____

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

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. Tem algum caso de suicídio na família? [] Sim [] Não

Explique: _____

Já sentiu vontade de matar? [] Sim [] Não

Por que? _____

Já tentou Suicídio? [] Sim [] Não

Explique: _____

7. Há problemas de vícios na história de sua família [] Sim [] Não

[] Com álcool _____

[] Com drogas _____

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:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pensamentos obsessivos | <input type="checkbox"/> Medo de doenças (Hipocondria) |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Dores de cabeça constantes |
| <input type="checkbox"/> Sentimentos de inferioridade | <input type="checkbox"/> Sentimentos de insegurança/medo |
| <input type="checkbox"/> Depressão/tristeza profunda | <input type="checkbox"/> Letargia/sonolência |
| <input type="checkbox"/> Falta de memória | <input type="checkbox"/> Pesadelos constantes |
| <input type="checkbox"/> Confusão Mental | |
| <input type="checkbox"/> Sentimentos de rejeição (que não é amado) | |

15. Você experimenta (ou já experimentou):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Frustração | <input type="checkbox"/> Solidão |
| <input type="checkbox"/> Medo de morrer | <input type="checkbox"/> Amargura |
| <input type="checkbox"/> Raiva | <input type="checkbox"/> Medo de enlouquecer |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade em perdoar | |
| <input type="checkbox"/> Medo de _____ | |

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 _____



19. Acerca de suas emoções, positivas ou negativas, quais delas melhor descrevem a você?
- Eu as expesso prontamente
 - Expresso algumas delas, mas não todas
 - Reconheço a presença delas, mas mostro - me reservado quanto à expressão
 - Procuro suprimir as minhas emoções
 - Sinto ser mais seguro não expressar as minhas emoções
 - Procuro desconsiderar minhas emoções, pois não confio nelas
 - Consciente ou inconscientemente nego minhas emoções, pois são dolorosas...

"Sujeitai-vos pois a Deus, resisti ao diabo e ele fugirá de vós" Tiago 4:7

Queremos garantir-lhe que suas informações serão consideradas sigilosas (somente os pastores e seu líder de célula têm acesso a essas informações). E alertá-lo que sua libertação completa depende de sua sinceridade absoluta. Não esconda nada. A vontade "de Deus" é: *Pois, se o Filho vos libertar, verdadeiramente sereis "livres"*.

