



**Fraternidade Rosacruz - Sede Central do Brasil**

SERVIÇO E AUXÍLIO DE CURA – ASSINATURAS

Pedimos que preencha os campos abaixo com os dados completos e em seguida, SEMANALMENTE, após o ritual do serviço de cura ou prece fervorosa, assine com caneta hidrográfica (com tinta à base de água).

Ao completar as 5 assinaturas, por gentileza nos remeta este formulário e também, em folha à parte, breve relatório de seu estado de saúde.

**Lembramos que não assinar significa a interrupção do tratamento, pois fica impedido o acesso dos auxiliares invisíveis e Irmãos Maiores ao paciente.** Sua colaboração é fundamental!

Se acaso não assinar alguma vez, retome na semana seguinte.

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

Endereço: \_\_\_\_\_

DATA	ASSINATURA

*Que as floresçam em vossa cruz!*