

RELATÓRIO SOS IGREJA VIVA

Secretaria Geral de Missões - IEQ Brasil

Igreja/Região: _____ Data: _____

Cidade/UF: _____ Relatório: () Igreja Local () Região

Líderes de Igreja Local devem encaminhar para o líder Regional de Missões.
Líderes regionais devem encaminhar para a Secretaria de Missões do seu estado.

AÇÕES REALIZADAS

<input type="checkbox"/> Ação Social (alimento/roupas)	<input type="checkbox"/> Ação Social (conscientização)	<input type="checkbox"/> Caminhada de Oração
<input type="checkbox"/> Cultos Simultâneos	<input type="checkbox"/> Cultos Evangelísticos	<input type="checkbox"/> Evangelismo de casa em casa
<input type="checkbox"/> Evangelismo em hospital	<input type="checkbox"/> Evangelismo em orfanato	<input type="checkbox"/> Evangelismo em asilo
<input type="checkbox"/> Evangelismo em presídio	<input type="checkbox"/> Evangelismo em casa de recuperação	<input type="checkbox"/> Evangelismo pelo esporte
<input type="checkbox"/> Evangelismo no trânsito	<input type="checkbox"/> Impacto Evangelístico (adulto)	<input type="checkbox"/> TEC (impacto com crianças)
<input type="checkbox"/> Evangelismo em escola	<input type="checkbox"/> Visita a irmãos afastados	<input type="checkbox"/> Projeto Lucas
<input type="checkbox"/> Vigília	<input type="checkbox"/> Teatro e/ou Dança	<input type="checkbox"/> Panfletagem
<input type="checkbox"/> Outros: _____		

ESPECIFICAÇÕES DO TRABALHO

Adultos Alcançados: _____	Nº de Missionários: _____
Adultos Evangelizados: _____	Nº Folhetos distribuídos: _____
Adultos que oram recebendo a Cristo: _____	Nº Bíblias distribuídas: _____
Adultos que reconciliaram-se com Cristo: _____	Literatura Bíblica Infantil: _____
Crianças Alcançadas: _____	Nº Cartas distribuídas: _____
Crianças Evangelizadas: _____	Nº Cestas distribuídas: _____
Crianças que oram recebendo a Cristo: _____	Kits Cuidado Pessoal: _____
Crianças que reconciliaram-se com Cristo: _____	Kits Guloseimas: _____
Cultos Realizados (igreja ou rua): _____	Aferição de pressão: _____
Cultos Simultâneos Realizados (casas): _____	Teste de glicemia: _____
Adultos Visitantes: _____	Kits Escovação: _____
Crianças Visitantes: _____	Cortes de cabelo: _____
Nº Casas Visitadas: _____	Escova/Prancha/Penteado: _____
Nº Visitas Marcadas: _____	Esmaltação: _____
	Maquiagem: _____
	Outros: _____