



CLÍNICA DE PSICOLOGIA – FAAR  
CRIANÇA E ADOLESCENTE

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

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ M/F: \_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço(Rua): \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade/Estado \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ Matutino ( ) Vespertino ( )

Est. civil dos pais: ( ) Casados ( ) Separados ( ) Solteiros Tempo de separados: \_\_\_\_\_

Atividade Profissional - pai: \_\_\_\_\_ mãe: \_\_\_\_\_

Renda familiar: menos de 01 S/M ( ) 01 a 02 S/M ( ) 03 a 05 S/M ( ) Mais ( ) \_\_\_\_\_

Já recebeu atendimento psicológico outras vezes: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Atualmente foi encaminhado por alguma instituição ou alguém: ( ) Sim ( ) Não

Por quem: \_\_\_\_\_ (obs.: se tiver encaminhamento anexar à Triagem)

Motivo/ Queixa Atual: \_\_\_\_\_

Tem parente recebendo atendimento psicológico na clínica FAAR/ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Fones para contato: \_\_\_\_\_

Estagiário (a): \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

Contribuição para cada sessão de atendimento ( ) R\$1,00 ( ) R\$2,00 ( ) R\$3,00 ( ) R\$4,00 ( ) R\$5,00 Obs: \_\_\_\_\_

Preferência de horários para atendimentos: ( ) Manhã ( ) Tarde

Ariquemes/RO \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015 Horas da triagem: \_\_\_\_\_

**Termo de Consentimento**

A partir das informações recebidas, autorizo uso sigiloso das informações de meu prontuário ou do menor, para serem utilizadas em pesquisa científicas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou responsável legal

\_\_\_\_\_  
RG

**Obs.: Favor preencher a Triagem com letra legível – Descrever a queixa no verso, de forma que fique claro o motivo pelo qual o cliente procurou o atendimento.**

