

FICHA DE CADASTRO

Nome

Data de Nascimento

CPF

Anotações

Email

Já realizou algum tratamento terapêutico?

Sim Não

Possui acompanhamento?

- Psicológico Terapeuta
 Psiquiátrico Psicopedagógico
 Psicanalista

Possui laudo?

- TEA TDAH TOD
 OUTROS

Transtorno de aprendizagem?

- Dislalia
 Disortografia
 Discalculia
 Dislexia
 TDH

Sente algo?

- Ansioso (a) Indiferente
 Triste Outros: _____

Responda Sim ou Não:

- Sente-se sozinho (a)? Sim Não
Socializa-se? Sim Não
Chora sem motivo? Sim Não
Acha importante um tratamento terapêutico? Sim Não
Gosta de estar com outras pessoas? Sim Não

Qual a sua disponibilidade para iniciar um tratamento terapêutico?

- Uma vez por semana Uma vez por mês Apenas on-line

Qual plano deseja contratar?

- Oi Profer Basic Essencial

Assinatura

Confirmo que as informações acima são verídicas e de minha total responsabilidade concordando com todas as cláusulas do contrato.

Apresento o interesse em iniciar um convênio terapêutico com a empresa Viviane Barros (Clinical Club), que será pago mensalmente de acordo com o plano escolhido por mim.