



CADASTRO DE ATENDIMENTO

PROJETO SOCIAL



Esse formulário tem como objetivo a aplicação para um atendimento psicológico gratuito.

As respostas desde questionário são **sigilosas** e somente serão transmitidas aos profissionais responsáveis pelo seu atendimento.

Você deve **imprimir esse formulário e depois preencher (usar letra de forma) e assinar. Após scanear e enviar por e-mail para info@familywellness-institute.com**

O e-mail deve usar como título o nome completo.

DADOS PESSOAIS

Nome completo: _____

Idade: _____ anos

Profissão: _____

Redes Sociais: Instagram _____ Facebook _____

Contato:

a) Telefone primário

Celular :

Residencial :

Trabalho:

Recado :

DDD _____ Número _____ Autoriza o recebimento de mensagens ou ligações?

1- Sim

2- Não

2-

b) Telefone Secundário

Celular:

Residencial:

Trabalho:

Recado:

DDD _____ Número _____ Autoriza o recebimento de mensagem ou ligações?

1- Sim

2-Não

c) E-mail

Tipo: () e-mail pessoal () e-mail de recado

E-mail _____

Autoriza recebimento de E-mail: () sim () não

Número de Inscrição

CPF

ENDEREÇO DA FAMÍLIA

Endereço completo (com CEP)

Referência

A família, normalmente, tem despesa mensal com:

- 1- Energia elétrica _____
- 2- Água E esgoto _____
- 3- Gás, carvão _____
- 4- Alimentação, higiene _____
- 5- Transporte _____
- 6- Aluguel _____
- 7- Medicamentos de uso regular _____
- 8- Creche _____
- 9- Escola Infantil _____
- 10- Plano de Saúde _____
- 11- Fatura de cartões de Crédito _____
- 12- Vestuário _____
- 13- Telefonia móvel/fixa _____

Descreva outros gastos _____

TIPO DE TRABALHO

Qual o seu tipo de trabalho?

Trabalha quantas horas por dia?

No mês passado quanto a família reunida recebeu de remuneração de trabalho?

(registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

R\$ _____

Você teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1- Sim, valor mensal R\$ _____ 2- Não

Recebeu doação ou ajuda?

1- Sim _____ 2- Não

Escreva os motivos que te levaram a se inscrever neste projeto. Quais as necessidades que deseja suprir e de que tipo de auxílio você precisa para que a maternidade seja mais leve?

Em algum momento de sua vida procurou atendimento psicológico? Por qual motivo?

Quais as suas expectativas se for selecionada para receber **um atendimento psicológico gratuito**.

A fim de filtrar melhor sua necessidade de atendimento, marque UM item que melhor caracteriza a demanda familiar que você gostaria de conversar com a psicóloga:

() Gestação

() Puerpério

() Depressão na gestação

- () Depressão no pós-parto
- () Pré-natal
- () Preparação para o parto e pós-parto
- () Desenvolvimento infantil (0 a 3 anos)
- () Privação de Sono
- () Conexão entre pais e filhos
- () Adolescentes
- () Compulsão alimentar
- () Relacionamento conjugal
- () Conflitos Familiares
- () _____

Caso suas expectativas sejam atendidas teria interesse/possibilidade de arcar com o pagamento de outras consultas futuras com valor social? – Neste caso receberá uma notificação.

Aceita participar de uma entrevista? Se sim. Qual o melhor horário ou período para participar de uma chamada de vídeo ou via telefônica?

Declara que todas as informações aqui prestadas **são verdadeiras**, ficando ciente que identificada quaisquer inconsistências será preterida no atendimento? () sim () não.

Declara **não ter condições** financeiras para arcar com o pagamento de consultas psicológicas?

() sim () não

Data: _____/_____/_____

Assinatura