



# ORIENTAÇÕES E MODELOS DE DOCUMENTOS PSICOLÓGICOS

Atualizado Res. CFP 004/2020

*Informações, guias, modelos de documentos, atestados  
e relatórios psicológicos.*

**BEM-VINDOS(AS)**

Visando na melhoria da produtividade, reuni os principais documentos, atestados e relatórios utilizados por psicólogos. Dessa forma, espero contribuir na sua jornada conosco.

Todos os modelos anexados foram elaborados de acordo com a nova **Resolução CFP 004/2020.**

O profissional que receber este material é livre para fazer qualquer alteração e/ou ajuste.

As informações que estão ao longo do documento em **vermelho** e CAIXA ALTA, devem ser substituídas por informações que o profissional deverá coletar durante o atendimento com os pacientes.

Estes modelos não poderão ser utilizados em sua jornada profissional independente, ficando os direitos de uso desse material restrito à Recovery House Centro de Saúde LTDA e ao Psicólogo Nelson Luiz da Silva Filho - CRP 06/182855, responsável pela pesquisa, coleta e unificação desses documentos.

Fico à disposição para maiores esclarecimentos.

Nelson Luiz da Silva Filho  
Psicólogo  
CRP 06/182855  
nelsonluiz@nelsonluiz.com.br

## O QUE PRECISO SABER SOBRE DOCUMENTOS PSICOLÓGICOS?

- ✓ Para que serve um documento psicológico
- ✓ O que deve ser avaliado ao elaborar um documento psicológico?
- ✓ Quais cuidados devem ser tomados com a linguagem de um documento psicológico?
- ✓ Quais são os documentos psicológicos?
- ✓ O que é uma declaração psicológica?
- ✓ O que é um atestado psicológico?
- ✓ O que é um relatório psicológico?
- ✓ O que é um laudo psicológico?
- ✓ O que é um parecer psicológico?
- ✓ Qual a diferença entre declaração e atestado e atestado psicológico?
- ✓ Qual a diferença entre relatório e laudo psicológico?
- ✓ Quando sou solicitada/o a elaborar um documento que não consta entre as possibilidades descritas na resolução, o que devo fazer?
- ✓ Que documento escolho para solicitar uma avaliação ou para encaminhar uma demanda?
- ✓ O que devo considerar para contribuir com um documento multiprofissional?
- ✓ Preciso fazer registro documental (prontuário) mesmo fazendo um relatório (ou outro documento)?

## DECLARAÇÃO

DECLARAÇÃO MODELO I  
DECLARAÇÃO MODELO II  
DECLARAÇÃO DE TRATAMENTO PSICOLÓGICO MODELO III

## ATESTADO

ATESTADO PSICOLÓGICO MODELO I  
ATESTADO PSICOLÓGICO MODELO II  
ATESTADO PSICOLÓGICO DE SANIDADE MENTAL

## RELATÓRIO

RELATÓRIO PSICOLÓGICO MODELO I  
RELATÓRIO PSICOLÓGICO MODELO II  
RELATÓRIO MULTIPROFISSIONAL

## LAUDO

LAUDO PSICOLÓGICO MODELO I  
LAUDO PSICOLÓGICO MODELO II  
LAUDO PSICOSSOCIAL

## PARECER PSICOLÓGICO

## ANAMNESE

ANAMNESE ADULTO  
MODELO DE ANAMNESE - TCC  
FICHA DE ANAMNESE INFANTIL  
ANAMNESE - INFANTIL e ADOLESCENTE  
ANAMNESE COMPULSÃO ALIMENTAR  
ANAMNESE AUTISMO  
ANAMNESE DE PSICOMOTRICIDADE  
ANAMNESE CIRURGIA BARIÁTRICA  
FICHA DE ANAMNESE TERAPÉUTICA

## REEMBOLSO

Carta de solicitação de reembolso ao Convênio

## RECIBO

RECIBO MODELO I  
RECIBO MODELO II  
RECIBO DE PAGAMENTO MODELO III

## CARTA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE CONVÊNIO

## MODELOS DE ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO

ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO MODELO I  
ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO MODELO II  
ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO MODELO III

## ENTREVISTA DEVOLUTIVA

## CANDIDATURA A VAGA DE EMPREGO

CARTA DE PEDIDO DE EMPREGO  
Modelo de Carta de Apresentação para Emprego  
CARTA DE RECOMENDAÇÃO

## LANÇAMENTO LITERÁRIO

LANÇAMENTO DO LIVRO (título)

## CONVITE DE REUNIÃO

MODELO DE CONVITE DE REUNIÃO

## CURRICULUM VITAE

MODELO DE CURRICULUM VITAE

## DECLARAÇÕES

DECLARAÇÃO DE RENDA DO PROFISSIONAL AUTÔNOMO  
DECLARAÇÃO DE TRABALHO AUTÔNOMO

## MEMORANDO

MODELO DE MEMORANDO

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

RECIBO DE ENTREGA DE PRONTUÁRIO MÉDICO

## AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

MODELOS

## PARECER

## AVALIAÇÃO INICIAL

AVALIAÇÃO INICIAL DE PSICOLOGIA HOSPITALAR INFANTIL.  
AVALIAÇÃO INICIAL DE PSICOLOGIA HOSPITALAR ADULTO - modelo II

## **AVALIAÇÃO POSTURAL**

### **PRONTUÁRIO/ INSCRIÇÃO/ TRIAGEM**

PRONTUÁRIO/ TRIAGEM PSICOLÓGICA  
FICHA CADASTRO DO PACIENTE  
Ficha de Triagem

### **CONTRATO TERAPÊUTICO**

CONTRATO TERAPÊUTICO  
CONTRATO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

### **CONTROLE DE PRESENÇA**

CONTROLE DE PRESENÇA I  
CONTROLE DE PRESENÇA II

### **REGISTO DE ATENDIMENTO/EVOLUÇÃO**

REGISTRO DE ATENDIMENTOS I  
REGISTRO DE ATENDIMENTOS II

### **TCLE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### **CONTRATO DE SERVIÇOS**

MODELO DE CONTRATO DE SERVIÇOS MODELO I  
MODELO DE CONTRATO DE SERVIÇOS MODELO II  
MODELO DE CONTRATO DE SERVIÇOS MODELO III  
CONTRATO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL ONLINE MODELO I  
CONTRATO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ONLINE MODELO II

### **AUTORIZAÇÕES**

AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO  
PSICOLÓGICO "ONLINE" PARA MENORES DE 18 ANOS I  
AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO  
PSICOLÓGICO "ONLINE" PARA MENORES DE 18 ANOS II  
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA MENORES DE 18 ANOS EM  
CONSULTAS PSICOLÓGICAS

### **PARCERIA COM INSTITUIÇÕES**

Modelo de Proposta para Estabelecimento de Parceria com Instituições

### **ROTEIRO DE AVALIAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA**

Modelo roteiro de Avaliação  
Psicológica Pré-Operatória para cirurgia bariátrica

### **ENCAMINHAMENTO**

ENCAMINHAMENTO MODELO I  
ENCAMINHAMENTO MODELO II  
ENCAMINHAMENTO MODELO III

### **CONTRATO DE SUBLOCAÇÃO DE SALA**

## **EVOLUÇÃO DE ACOMPANHAMENTO**

EVOLUÇÃO DE ACOMPANHAMENTO - PSICOLOGIA (modelo I)  
EVOLUÇÃO DE ACOMPANHAMENTO - PSICOLOGIA (modelo II)  
EVOLUÇÃO DE ACOMPANHAMENTO - PSICOLOGIA (modelo III)

## **PROPOSTA DE SERVIÇO NA CLÍNICA**

## **MODELO DE SERVIÇOS E OPERACIONALIZAÇÕES**

## **FUNDAMENTAÇÃO PARA CADASTRO E-PSI.**

ACOMPANHAMENTO DE EXPERIÊNCIA CHEFIA IMEDIATA  
ACOMPANHAMENTO DE EXPERIÊNCIA CHEFIA IMEDIATA (modelo I) 262  
ACOMPANHAMENTO DE EXPERIÊNCIA FUNCIONÁRIO (modelo II)  
Acompanhamento no Período de Experiência (modelo III)

## **DOCUMENTOS DE RH**

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO NO CONTRATO DE  
PRESTAÇÃO DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO  
ATIVIDADE DE TREINAMENTO - AVALIAÇÃO DE REAÇÃO  
Modelo de formulário para descrição de cargo  
Proposta Consultoria de Recursos Humanos - Modelo I  
PROPOSTA CONSULTORIA DE RECURSOS HUMANOS - Modelo II  
PROPOSTA CONSULTORIA DE RECURSOS HUMANOS - Modelo III  
ROTEIRO DE ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO  
ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO  
GESTÃO POR COMPETÊNCIAS

## **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ONLINE**

Atendimento online, como fazer?  
Existe alguma normatização para o atendimento on-line?  
Posso manter meus ou minhas clientes/pacientes que atendia  
presencialmente atendendo online?  
Como migrar a prestação de serviço presencial que realizo  
para a modalidade online?  
Posso atender crianças e adolescentes online?  
Existem atendimentos que não podem ser realizados na  
modalidade online?  
Posso realizar trabalho voluntário na modalidade online?



## Sumário

<b>1.0 O QUE PRECISO SABER SOBRE DOCUMENTOS PSICOLÓGICOS?</b> .....	9
1.1 Para que serve um documento psicológico .....	9
1.2 O que deve ser avaliado ao elaborar um documento psicológico? .....	9
1.3 Quais cuidados devem ser tomados com a linguagem de um documento psicológico?.....	10
1.4 Quais são os documentos psicológicos? .....	10
1.5 O que é uma declaração psicológica? .....	10
1.6 O que é um atestado psicológico?.....	10
1.7 O que é um relatório psicológico? .....	11
1.8 O que é um laudo psicológico? .....	11
1.9 O que é um parecer psicológico?.....	12
1.10 Qual a diferença entre declaração e atestado e atestado psicológico?.....	12
1.11 Qual a diferença entre relatório e laudo psicológico?.....	12
1.12 Quando sou solicitada/ o a elaborar um documento que não consta entre as possibilidades descritas na resolução, o que devo fazer? .....	13
1.13 Que documento escolho para solicitar uma avaliação ou para encaminhar uma demanda?.....	13
1.13 O que devo considerar para contribuir com um documento multiprofissional?.....	14
1.15 Preciso fazer registro documental (prontuário) mesmo fazendo um relatório (ou outro documento)?.....	14
<b>2.0 DECLARAÇÃO</b> .....	16
DECLARAÇÃO MODELO I.....	16
DECLARAÇÃO MODELO II .....	17
DECLARAÇÃO DE TRATAMENTO PSICOLÓGICO MODELO III.....	18
<b>3.0 ATESTADO</b> .....	19
ATESTADO PSICOLÓGICO MODELO I.....	19
ATESTADO PSICOLÓGICO MODELO II .....	20
ATESTADO PSICOLÓGICO DE SANIDADE MENTAL.....	21
<b>3.0 RELATÓRIO</b> .....	22
RELATÓRIO PSICOLÓGICO MODELO I.....	22
RELATÓRIO PSICOLÓGICO MODELO II.....	24
RELATÓRIO MULTIPROFISSIONAL .....	27
<b>4.0 LAUDO</b> .....	29
LAUDO PSICOLÓGICO MODELO I.....	29
LAUDO PSICOLÓGICO MODELO II .....	33
LAUDO PSICOSSOCIAL.....	59
<b>5.0 PARECER PSICOLÓGICO</b> .....	61
PARECER PSICOLÓGICO .....	61
<b>6.0 ANAMNESE</b> .....	63

ANAMNESE ADULTO.....	63
MODELO DE ANAMNESE - TCC.....	74
FICHA DE ANAMNESE INFANTIL.....	84
ANAMNESE – INFANTIL e ADOLESCENTE.....	91
ANAMNESE COMPULSÃO ALIMENTAR.....	122
ANAMNESE AUTISMO.....	125
ANAMNESE DE PSICOMOTRICIDADE.....	143
ANAMNESE CIRURGIA BARIÁTRICA.....	147
FICHA DE ANAMNESE TERAPÊUTICA.....	154
<b>7.0 AVALIAÇÃO POSTURAL.....</b>	<b>156</b>
<b>8.0 PRONTUÁRIO/ INSCRIÇÃO/ TRIAGEM.....</b>	<b>158</b>
PRONTUÁRIO/ TRIAGEM PSICOLÓGICA.....	159
FICHA CADASTRO DO PACIENTE.....	163
Ficha de Triagem.....	164
<b>9.0 CONTRATO TERAPEUTICO.....</b>	<b>165</b>
CONTRATO TERAPÊUTICO.....	165
CONTRATO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL.....	170
<b>10.0 CONTROLE DE PRESENÇA.....</b>	<b>172</b>
CONTROLE DE PRESENÇA I.....	172
CONTROLE DE PRESENÇA II.....	173
<b>11.0 REGISTO DE ATENDIMENTO/ EVOLUÇÃO.....</b>	<b>174</b>
REGISTRO DE ATENDIMENTOS I.....	174
REGISTRO DE ATENDIMENTOS II.....	175
<b>12.0 TCLE.....</b>	<b>176</b>
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	176
<b>13.0 CONTRATO DE SERVIÇOS.....</b>	<b>177</b>
MODELO DE CONTRATO DE SERVIÇOS MODELO I.....	177
MODELO DE CONTRATO DE SERVIÇOS MODELO II.....	181
MODELO DE CONTRATO DE SERVIÇOS MODELO III.....	184
CONTRATO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL ONLINE MODELO I.....	190
CONTRATO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ONLINE MODELO II.....	192
<b>14.0 AUTORIZAÇÕES.....</b>	<b>194</b>
AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO "ONLINE" PARA MENORES DE 18 ANOS I.....	194
AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO "ONLINE" PARA MENORES DE 18 ANOS II.....	195
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA MENORES DE 18 ANOS EM CONSULTAS PSICOLÓGICAS.....	196

<b>15.0 PARCERIA COM INSTITUIÇÕES</b> .....	197
Modelo de Proposta para Estabelecimento de Parceria com Instituições.....	197
<b>16.0 ROTEIRO DE AVALIAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA</b> .....	200
Modelo roteiro de Avaliação Psicológica Pré-Operatória para cirurgia bariátrica.....	200
<b>17.0 ENCAMINHAMENTO</b> .....	202
ENCAMINHAMENTO MODELO I.....	202
ENCAMINHAMENTO MODELO II.....	203
ENCAMINHAMENTO MODELO III.....	204
<b>18.0 CONTRATO DE SUBLOCAÇÃO DE SALA</b> .....	205
CONTRATO DE SUBLOCAÇÃO DE SALA.....	205
<b>19.0 REEMBOLSO</b> .....	207
Carta de solicitação de reembolso ao Convênio.....	207
<b>20.0 RECIBO</b> .....	208
RECIBO MODELO I.....	208
RECIBO MODELO II.....	209
RECIBO DE PAGAMENTO MODELO III.....	210
<b>21.0 CARTA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE CONVÊNIO</b> .....	211
CARTA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE CONVÊNIO.....	211
<b>22.0 MODELOS DE ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO</b> .....	212
ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO MODELO I.....	212
ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO MODELO II.....	216
ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO MODELO III.....	222
<b>21.0 ENTREVISTA DEVOLUTIVA</b> .....	225
ENTREVISTA DEVOLUTIVA.....	225
<b>22.0 CANDIDATURA A VAGA DE EMPREGO</b> .....	227
CANDIDATURA A UMA VAGA DE EMPREGO.....	227
CARTA DE PEDIDO DE EMPREGO.....	228
Modelo de Carta de Apresentação para Emprego.....	229
CARTA DE RECOMENDAÇÃO.....	230
<b>23.0 LANÇAMENTO LITERÁRIO</b> .....	231
LANÇAMENTO DO LIVRO (título).....	231
<b>24.0 CONVITE DE REUNIÃO</b> .....	232
CONVITE PARA REUNIÃO.....	232
<b>25.0 CURRICULUM VITAE</b> .....	233
<b>26.0 DECLARAÇÕES</b> .....	234
DECLARAÇÃO DE RENDA DO PROFISSIONAL AUTÔNOMO.....	234
DECLARAÇÃO DE TRABALHO AUTÔNOMO.....	235

<b>27.0 MEMORANDO</b> .....	236
<b>28.0 PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS</b> .....	237
<b>29.0 RECIBO DE ENTREGA DE PRONTUÁRIO MÉDICO</b> .....	238
<b>30.0 AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO</b> .....	239
AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO .....	239
<b>31.0 PARECER</b> .....	241
<b>32.0 AVALIAÇÃO INICIAL</b> .....	243
AVALIAÇÃO INICIAL DE PSICOLOGIA HOSPITALAR INFANTIL.....	243
AVALIAÇÃO INICIAL DE PSICOLOGIA HOSPITALAR ADULTO – modelo II.....	247
<b>33.0 EVOLUÇÃO DE ACOMPANHAMENTO</b> .....	249
EVOLUÇÃO DE ACOMPANHAMENTO – PSICOLOGIA (modelo I).....	249
EVOLUÇÃO DE ACOMPANHAMENTO – PSICOLOGIA (modelo II) .....	250
EVOLUÇÃO DE ACOMPANHAMENTO – PSICOLOGIA (modelo III).....	251
<b>34.0 PROPOSTA DE SERVIÇO NA CLÍNICA</b> .....	251
PROPOSTA DE SERVIÇOS EM PSICOLOGIA CLÍNICA .....	252
<b>OBJETIVOS</b> .....	252
MODELO DE SERVIÇOS E OPERACIONALIZAÇÕES .....	253
<b>35.0 FUNDAMENTAÇÃO PARA CADASTRO E- PSI</b> .....	259
FUNDAMENTAÇÃO PARA CADASTRO E- PSI .....	259
<b>36.0 ACOMPANHAMENTO DE EXPERIÊNCIA CHEFIA IMEDIATA</b> .....	260
ACOMPANHAMENTO DE EXPERIÊNCIA CHEFIA IMEDIATA (modelo I).....	260
ACOMPANHAMENTO DE EXPERIÊNCIA FUNCIONÁRIO (modelo II) .....	262
Acompanhamento no Período de Experiência (modelo III) .....	263
<b>37.0 DOCUMENTOS DE RH</b> .....	266
<b>CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO NO</b> .....	270
CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO .....	273
ATIVIDADE DE TREINAMENTO – AVALIAÇÃO DE REAÇÃO .....	277
Modelo de formulário para descrição de cargo.....	284
Proposta Consultoria de Recursos Humanos – Modelo I .....	288
PROPOSTA CONSULTORIA DE RECURSOS HUMANOS – Modelo II.....	289
PROPOSTA CONSULTORIA DE RECURSOS HUMANOS – Modelo III .....	292
ROTEIRO DE ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO.....	301
ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO .....	306
GESTÃO POR COMPETÊNCIAS .....	309
<b>38.0 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ONLINE</b> .....	326
Atendimento online, como fazer?.....	326
Existe alguma normatização para o atendimento on-line?.....	326

Posso manter meus ou minhas clientes/pacientes que atendia presencialmente atendendo online?	326
Como migrar a prestação de serviço presencial que realizo para a modalidade online? .....	327
Posso atender crianças e adolescentes online?.....	329
Existem atendimentos que não podem ser realizados na modalidade online?.....	330
Posso realizar trabalho voluntário na modalidade online?.....	330

## **1.0 O QUE PRECISO SABER SOBRE DOCUMENTOS PSICOLÓGICOS?**

O Sistema Conselhos de Psicologia, cumprindo a função social de contribuir com o aprimoramento técnico-científico da profissão, atualiza a norma sobre elaboração de documentos psicológicos. Em 29 de junho de 2019 entrou em vigor a Resolução CFP N° 006/2019. Os documentos emitidos no exercício da Psicologia impactam o cotidiano das relações sociais, e devem, portanto, revelar compromisso com a promoção dos direitos humanos, a sustentação teórica e técnica, a autonomia intelectual, a visão interdisciplinar e a atitude profissional avaliativa, compreensiva e integradora, para responder de forma adequada as demandas de trabalho. Por isso é fundamental a leitura, na íntegra, da Resolução CFP n° 006/2019.

### **1.1 Para que serve um documento psicológico**

O documento psicológico resulta da prestação direta de serviços psicológicos a uma pessoa, grupo ou organização. Pode ser o registro da conclusão de uma avaliação psicológica ou uma resposta a uma solicitação daqueles que estão diretamente envolvidos no processo de trabalho ou de autoridades legais. Podem ser considerados envolvidos: a/o usuário/a ou sua/seu responsável legal, uma/um profissional específica/o ou equipes multiprofissionais.

### **1.2 O que deve ser avaliado ao elaborar um documento psicológico?**

A elaboração de documentos pressupõe condições dignas e apropriadas para sua emissão, qualidade técnica e compromisso ético. Assim, a/o profissional deve avaliar se: a finalidade do documento é coerente com seu objetivo e contexto de trabalho; se conseguirá sustentar tecnicamente as afirmações que compõem o documento; e, ainda, ponderar sobre o sigilo e as relações profissionais envolvidas. Para tanto, é essencial analisar os efeitos dos condicionantes históricos e sociais sobre os fenômenos psicológicos observados, bem como sua natureza dinâmica. Sempre que necessário, cabe à/ao profissional intervir de modo fundamentado sobre a demanda e construir um projeto de trabalho para reformulação dos condicionantes que provocam sofrimento psíquico ou violação de direitos humanos.

### 1.3 Quais cuidados devem ser tomados com a linguagem de um documento psicológico?

Um documento psicológico deve: expressar o raciocínio psicológico que o norteia, garantir a coerência com os princípios técnicos e éticos da profissão e com as normas cultas da língua portuguesa, bem como primar pela objetividade da comunicação. Para tanto, garantirá o compromisso com a promoção e defesa dos Direitos Humanos e a impessoalidade. Deve-se observar o uso de frases e parágrafos coesos e a interdependência entre os itens da estrutura do texto. O uso de transcrições de falas das pessoas atendidas requer justificativa técnica e ética, bem como a necessária contextualização textual.

### 1.4 Quais são os documentos psicológicos?

São modalidades de documentos psicológicos: declaração, atestado, relatório, laudo e parecer psicológicos, bem como o relatório multiprofissional.

### 1.5 O que é uma declaração psicológica?

A declaração psicológica é um documento que registra, de forma objetiva e sucinta, informações pontuais sobre a prestação de serviços, tais como: comparecimento e acompanhamento (tempo, dias e horários). Este documento não deve ser utilizado para registrar sintomas, situações ou estados psicológicos. Para saber mais informações sobre este documento e sua estrutura consulte o artigo 9º da Resolução CFP Nº 006/2019.

### 1.6 O que é um atestado psicológico?

O atestado psicológico certifica, com fundamento no diagnóstico psicológico, uma determinada situação, estado ou funcionamento psicológico. Suas principais finalidades são justificar faltas, impedimentos, afastamentos ou dispensas, ou ainda justificar aptidão para atividades específicas após um processo de avaliação psicológica. A informação emitida no atestado deve possuir justificativa verificada tecnicamente e, em se tratando de afirmação sobre

aptidão para atividades específicas, deve se respaldar em processo de avaliação psicológica no rigor da Resolução CFP Nº 009/2018. Este documento deve ser requerido formalmente (informação a ser registrada no prontuário psicológico) e deve se restringir às informações solicitadas, incluindo o uso de classificações diagnósticas, caso entenda pertinente. Alerta-se que o Conselho Regional de Psicologia pode solicitar a apresentação da fundamentação técnicocientífica que embasou a emissão do atestado, devendo a/o psicóloga/o dispor do registro documental pelo prazo estipulado no art. 4º, § 1º da Resolução CFP nº 001/2009. Para saber mais informações sobre o atestado psicológico e sua estrutura consulte o artigo 10 da Resolução CFP Nº 006/2019.

#### 1.7 O que é um relatório psicológico?

O relatório psicológico comunica descritivamente a atuação profissional em determinado caso, podendo gerar orientações, recomendações, encaminhamentos e intervenções. Partindo da análise do registro documental do trabalho realizado, é necessário avaliar quais dados serão pertinentes à finalidade e aos destinatários do documento para, então, descrevê-los de forma contextualizada e fundamentada. A narrativa deve ser detalhada, didática, precisa, harmônica e de linguagem acessível ao destinatário. A descrição literal das sessões, atendimentos ou acolhimentos deve ser utilizada apenas se justificada tecnicamente e acompanhada do raciocínio técnico. Destaca-se que, embora este documento possa mencionar o diagnóstico psicológico, essa não é sua finalidade. Para saber mais informações sobre este documento e sua estrutura consulte os artigos 11 e 12 da Resolução CFP Nº 006/2019.

#### 1.8 O que é um laudo psicológico?

O laudo psicológico resulta de um processo de avaliação psicológica e objetiva subsidiar decisões relacionadas ao contexto em que surgiu a demanda. Após a devida análise dos dados obtidos e do registro documental da avaliação psicológica realizada, é necessário avaliar quais dados são pertinentes à finalidade e aos destinatários do documento para, então, descrever os resultados do processo de forma contextualizada e fundamentada. O laudo psicológico deve fornecer apenas as informações necessárias e relacionadas à demanda, relatando o encaminhamento, as intervenções, o diagnóstico, o prognóstico, a hipótese diagnóstica, a evolução do caso, orientação e/ou sugestão de projeto terapêutico. Da mesma forma que o relatório, a linguagem deve ser didática, precisa, harmônica e acessível ao destinatário. A

descrição literal das sessões, atendimentos ou acolhimentos deve ser utilizada apenas se justificada tecnicamente e acompanhada do raciocínio técnico. Para saber mais informações sobre este documento e sua estrutura consulte o artigo 13 da Resolução CFP Nº 006/2019.

#### 1.9 O que é um parecer psicológico?

O parecer psicológico oferece uma resposta sobre uma questão-problema pertinente ao campo da Psicologia ou sobre algum documento psicológico, visando subsidiar tecnicamente uma decisão. O parecer pode ser requerido por meio de quesitos, sendo que cabe à/ao psicóloga/o avaliar se há condições para respondê-los respeitando os limites de sua atribuição. Além disso, para cumprir a finalidade deste documento é necessário conhecimento técnico específico a respeito do assunto questionado, por isso, é fundamental que a/o profissional faça uma autoanálise sobre sua aptidão para atender este tipo de demanda. É necessário observar o rigor estrutural deste documento, contextualizado os argumentos apresentados tanto do ponto de vista técnico, quanto dos parâmetros éticos que o norteiam. Para saber mais informações sobre este documento e sua estrutura consulte o artigo 14 da Resolução CFP Nº 006/2019.

#### 1.10 Qual a diferença entre declaração e atestado e atestado psicológico?

Um erro comum na elaboração de documentos psicológicos se refere à emissão de atestado para informar que determinada pessoa esteve em atendimento psicológico. Nesse caso, o documento correto a ser emitido é a declaração, que se destina a informar dados pontuais sobre a realização do atendimento e serve, na maioria das vezes, a objetivos administrativos. Já o atestado psicológico comunica uma conclusão técnica a respeito das condições psicológicas da pessoa atendida. Apesar de serem documentos sintéticos, são completamente diferentes no que se refere a sua finalidade e ao tipo de informação que está sendo transmitida.

#### 1.11 Qual a diferença entre relatório e laudo psicológico?

A distinção entre relatório e laudo psicológico está na finalidade dos documentos. Enquanto o primeiro descreve o trabalho, sua evolução e sugere encaminhamentos, o segundo discorre sobre um processo de avaliação psicológica e faz recomendações com base nos seus

resultados. QUAL A DIFERENÇA ENTRE ATESTADO E LAUDO PSICOLÓGICO? O atestado psicológico comunica com precisão sintética a conclusão técnica a respeito das condições psicológicas da pessoa atendida. Diferentemente do laudo psicológico, fornece suporte a decisões sem tecer sobre os procedimentos, os argumentos e as interpretações técnicas inerentes à avaliação psicológica. Assim, embora ambos resultem de diagnóstico e/ou avaliação psicológica, comunicam de modo distinto em detalhamento e argumentação. Por isso, o sigilo profissional é o principal parâmetro para a escolha entre estas modalidades: a/o profissional deve se perguntar para quem e para que está fazendo este documento e avaliar qual a melhor modalidade.

1.12 Quando sou solicitada/ o a elaborar um documento que não consta entre as possibilidades descritas na resolução, o que devo fazer?

Além de observar o disposto na Resolução CFP nº 006/2019, cabe destacar que o Código de Ética Profissional da/o Psicóloga/o demarca a autonomia e a responsabilidade da/o profissional pela escolha dos processos de trabalho, instrumentos e técnicas que sejam suficientes para garantir a qualidade do serviço oferecido. Desta forma, entende-se que é de sua competência orientar a pessoa atendida acerca dos documentos mais adequados à demanda de acordo com o trabalho que está sendo realizado, a finalidade e o destino que será dado ao documento.

1.13 Que documento escolho para solicitar uma avaliação ou para encaminhar uma demanda?

Caso seja pertinente comunicar o resultado de uma avaliação psicológica (diagnóstico, hipótese diagnóstica) e demonstrar tecnicamente os argumentos que justificam a necessidade do encaminhamento, a modalidade mais apropriada é o laudo psicológico. Se, para cumprir essa função, a descrição do trabalho desenvolvido e sua evolução for suficiente, sugere-se o relatório psicológico. O documento elaborado pela/o psicóloga/o para comunicar-se com outros profissionais deve revelar apenas as informações necessárias para qualificar o encaminhamento, prezando pelo atendimento adequado às demandas da pessoa atendida e resguardando o seu direito à confidencialidade dos demais conteúdos acessados durante o atendimento psicológico.

### 1.13 O que devo considerar para contribuir com um documento multiprofissional?

É possível a participação de psicóloga/os em documentos multiprofissionais desde que sejam preservados o sigilo e a autonomia profissional da/o psicóloga/o e que, ao avaliar o contexto e as relações de trabalho, compreenda-se que esta é a forma mais coerente de expressão dos seus resultados. Sobre a atuação em equipe multiprofissional destaca-se da Resolução CFP Nº 006/2019 as orientações dos artigos 11 e 12 para relatório multiprofissional e para a comunicação dos resultados da avaliação psicológica nesse contexto.

### 1.14 Documentos psicológicos têm prazo de validade? Onde consta esta informação?

Sim. No último parágrafo do documento psicológico deve haver menção sobre a previsão legal do tempo em que deve ser feita nova análise para aferir a permanência dos fenômenos observados. Caso não exista uma norma específica ao contexto da demanda, deve-se registrar a natureza dinâmica dos aspectos avaliados, bem como – sempre que houver embasamento técnico – descrever a expectativa de permanência das constatações observadas.

### 1.15 Preciso fazer registro documental (prontuário) mesmo fazendo um relatório (ou outro documento)?

Sim. O registro documental é a materialidade do trabalho realizado. Por isso, é necessário que seja feito e atualizado com frequência para preservar a documentação das informações e interpretações do objeto do trabalho e de sua evolução, dados que irão contextualizar os documentos produzidos. O prontuário psicológico é uma modalidade de registro documental que trata das informações necessárias para o acompanhamento do trabalho, por isso todos os documentos psicológicos emitidos devem estar anexados a ele.

### 1.16 Por quanto tempo deve ser arquivado um prontuário psicológico e, por consequência, os documentos os documentos emitidos pela/o profissional?

Os registros documentais do serviço psicológico devem ser arquivados por ao menos 5 (cinco) anos. Esse prazo poderá ser ampliado nos casos previstos em lei, por determinação judicial, ou ainda em casos específicos em que a análise contextual pressupõe a manutenção da guarda por maior tempo. Esse material deve ser arquivado de modo a preservar a intimidade das pessoas, grupos e instituições atendidas, pois somente essas e a fiscalização do Conselho Regional de Psicologia poderão acessá-lo. A responsabilidade por esta guarda é da/o profissional e da instituição que desenvolveu o trabalho.

1.17 Quais providências devem ser tomadas com os documentos psicológicos no desligamento de uma/um profissional de seu local de trabalho?

O Código de Ética Profissional do Psicólogo (em seus artigos 1º, alínea 'k', e 15) determina à categoria que, ao se desligar de seu local de trabalho, garanta a continuidade dos serviços em andamento e zele pelo destino dos materiais sigilosos. Para tanto, deve haver troca de informações entre profissionais. Quando não é possível o encontro presencial para o relato e entrega dos registros do trabalho realizado, é admissível que os materiais permaneçam lacrados durante o período anterior a efetiva substituição. Nesse caso é preciso formalizar a tutela destes documentos por uma/um profissional legalmente habilitado e cujo Código de Ética pressuponha o sigilo. Sempre que mais seguro e nas situações de extinção do serviço de psicologia, o material deve ser remetido ao CRP-12, onde permanecerá até que seja solicitado mediante a nomeação de psicóloga/o substituta/o.

1.18 Que providências devem ser tomadas na entrega de um documento psicológico?

Os documentos psicológicos somente podem ser entregues diretamente à/ao beneficiária/o, responsável legal e/ou solicitante. A/O psicóloga/o deve possibilitar entrevista devolutiva e manter protocolo de entrega, ou seja, entregar o documento original e coletar a rubrica na cópia do mesmo, que deve ser anexada ao prontuário. Quando não for possível a entrevista devolutiva de laudos e pareceres, deve-se registrar a justificativa em prontuário.

## 2.0 DECLARAÇÃO

(INSERIR LOGOTIPO)

### DECLARAÇÃO **MODELO I**

Declaro para os devidos fins que a Sr<sup>a</sup>

---

, está sendo submetida a acompanhamento psicológico, sob meus cuidados profissionais, comparecendo às sessões (**ESPECIFICAR OS DIAS DA SEMANA, HORÁRIOS**), no endereço (**DESCREVER O ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO**). Até o presente momento sem data de previsão para o término do acompanhamento. (**OU ESPECIFICAR A DATA PREVISTA PARA TÉRMINO DO ACOMPANHAMENTO**)

CIDADE, ESTADO, MÊS, ANO.

NOME COMPLETO DO PSICOLOGO

Nº DE INSCRIÇÃO NO CRP

(INSERIR LOGOTIPO)

## DECLARAÇÃO **MODELO II**

Declaro para os devidos fins que se fizeram necessário que o Srº (**NOME DO SOLICITANTE**) faz acompanhamento psicológico no (**AMBULATÓRIO OU CONSULTÓRIO**), desde (**DESCREVER O MÊS E ANO**), sob meus cuidados profissionais.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

\_\_\_\_\_  
NOME

COMPLETO DO PROFISSIONAL

REGISTRO NO CRP

(INSERIR LOGOTIPO)

## DECLARAÇÃO DE TRATAMENTO PSICOLÓGICO **MODELO III**

Atesto para os devidos fins que (nome), inscrito(a) no CPF sob o nº (informar) é meu(minha) paciente e se encontra em tratamento psicoterápico de (data) até o presente momento.

(município) - (UF), (dia) de (mês) de (ano).

(assinatura)

(carimbo)

(nome do(a) psicólogo(a))

CRP nº (informar)

(INSERIR LOGOTIPO)

### 3.0 ATESTADO

#### ATESTADO PSICOLÓGICO **MODELO I**

Face à Avaliação Psicológica realizada

Avaliado (a):

CPF:

Idade:

Sexo:

Psicólogo (a) avaliador(a):

Nº de Inscrição no CRP :

Solicitante:

Finalidade Da Avaliação:

Atesto para os devidos fins, que Srº \_\_\_\_\_

apresenta as seguintes condições psicológicas: \_\_\_\_\_

e encontra-se em acompanhamento psicológico para tratar de sintomas compatíveis ao CID\_\_\_\_\_. Declaro que o presente atestado foi produzido a partir de Relatório/Laudo previamente emitido por mim, correspondente ao processo de avaliação psicológica realizada e que o laudo/relatório emitido será mantido em meus arquivos profissionais pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, conforme estabelecido na Resolução CFP 004/2019. Declaro ainda que este documento não poderá ser utilizado para fins diferente da sua finalidade, pois se trata de documento sigiloso e extrajudicial.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL

CRP \_\_\_\_/\_\_\_\_

(INSERIR LOGOTIPO)

## ATESTADO PSICOLÓGICO **MODELO II**

Face à Avaliação

Psicológica realizada

Avaliado (a):

CPF:

Idade:

Sexo:

Psicólogo (a) avaliador(a):

Nº de Inscrição no CRP :

Solicitante:

Finalidade Da Avaliação:

Atesto para fins de comprovação junto a ( **NOME A QUEM SE DESTINA**) que o Srº (**NOME DO SOLICITANTE**) apresenta sintomas relativos a(**DESCREVER OS SINTOMAS**), compatível com o CID\_\_\_\_\_. No momento necessitando de **3** dias de afastamento de suas atividades laborais para acompanhamento (**OU PARA REPOUSO, INDICAR A RAZÃO**). Declaro que o presente atestado foi produzido a partir de Relatório/Laudo previamente emitido por mim, correspondente ao processo de avaliação psicológica realizada e que o laudo/relatório emitido será mantido em meus arquivos profissionais pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, conforme estabelecido na Resolução CFP 004/2019. Declaro ainda que este documento não poderá ser utilizado para fins diferente da sua finalidade, pois se trata de documento sigiloso e extrajudicial.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_.

NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL

CRP \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(INSERIR LOGOTIPO)

## ATESTADO PSICOLÓGICO DE SANIDADE MENTAL

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Data de nascimento:

Filiação:

Solicitante:

**2. FINALIDADE:** Exame de admissão em Concurso público.

### 3. PROCEDIMENTO/ANÁLISE:

Em 10 de Outubro de 2019, foi realizada uma avaliação psicológica, com duração de 50 minutos, sendo utilizadas técnicas de entrevistas e observação. A examinanda foi submetida a anamnese clínica e exame psíquico, não sendo constatada nenhuma desordem psicológica, alteração psicopatológica, nem sintoma progressivo. Foi observado que a examinada possui um excelente nível intelectual, revelando um discurso coerente, com capacidade de organização de pensamentos e juízo crítico. Demonstrou também boa atenção, boa memória e um estado normal de humor e afeto.

### 4. CONCLUSÃO

Considerando que a examinanda \_\_\_\_\_ apresenta suas funções mentais preservadas e um quadro de estabilidade emocional. ***Declaro que a mesma goza de perfeita saúde mental***, estando apta a desempenhar suas atividades profissionais.

Cidade, Estado, data, mês e ano.

Nome completo do profissional

Número do registro profissional

### 3.0 RELATÓRIO

(INSERIR LOGOTIPO)

## RELATÓRIO PSICOLÓGICO **MODELO I**

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

CPF:

Idade:

Sexo:

Solicitante:

Autor (a):

Nº de Inscrição no CRP :

Finalidade:

### 2. DESCRIÇÃO DA DEMANDA

O Sr° \_\_\_\_\_ procurou atendimento junto ao serviço de psicologia (**DESCREVER O NOME DO LOCAL DO ATENDIMENTO. EX: CONSULTORIO SAUDE**) onde relatou que (**DESCREVER AS INFORMAÇÕES QUE RECEBEU**). Diante do caso faz-se necessária uma avaliação psicológica para melhor compreensão da situação relatada, bem como para delineamento do tratamento, caso este se faça necessário.

### 3. PROCEDIMENTOS

Foram realizadas entrevistas e aplicação de testes psicológicos em **X** encontros de **X** horas de duração em dias alternados.

**APRESENTAR OS RECURSOS TÉCNICOS CIENTÍFICOS UTILIZADOS ESPECIFICANDO O REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO QUE**

FUNDAMENTOU SUA ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E CONCLUSÃO.

CITAR AS PESSOAS OUVIDAS NO PROCESSO DE TRABALHO DESENVOLVIDO, AS INFORMAÇÕES, NÚMEROS DE ENCONTROS OU TEMPO DE DURAÇÃO.

#### 4. ANÁLISE

Nas primeiras sessões o examinado demonstrou (DESCREVER AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS E EVOLUÇÃO DO TRABALHO REALIZADO SEM CORRESPONDER A UMA DESCRIÇÃO LITERAL DAS SESSÕES)

#### 5. CONCLUSÃO

Através dos dados analisados foram verificados indícios de (ESPECIFICAR SE HOVE ENCAMINHAMENTO, ORIENTAÇÃO E SUGESTÃO DE CONTINUIDADE DO ATENDIMENTO).

Declaro que este documento não poderá ser utilizado para fins diferente da sua finalidade, pois se trata de documento sigiloso e extrajudicial.

**OBS: O RELATORIO PSICOLOGICO NÃO TEM COMO FINALIDADE PRODUZIR DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO**

**RUBRICA-SE DA PRIMEIRA ATÉ A PENÚLTIMA LAUDA, ASSINANDO A ÚLTIMA.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL

CRP \_\_\_\_/\_\_\_\_

(INSERIR LOGOTIPO)

## RELATÓRIO PSICOLÓGICO **MODELO II**

### **Identificação**

É a parte superior do primeiro tópico do documento com a finalidade de identificar:

Autor(a) – profissional (o) que elabora;

Solicitante – identificação de quem solicitou o documento, especificando se a solicitação foi realizada pelo Poder Judiciário, por empresas, instituições públicas ou privadas, pela(o) própria(o) usuária(o) do processo de trabalho prestado, ou por outras(os) interessadas(os).

Finalidade – qual a razão/finalidade do relatório, com descrição da razão pertinente e motivo do pedido.

### **I – Introdução**

Contém os objetivos do relatório final psicológico, além de onde ou de quem veio o encaminhamento da pessoa atendida.

### **II – Descrição da demanda**

Esta parte é destinada à **narração das informações referentes à problemática apresentada** e dos motivos, razões e expectativas que produziram o pedido do documento. Nesta parte, deve-se apresentar a análise que se faz da demanda de forma a justificar o procedimento adotado.

A descrição deve apresentar o **raciocínio técnico-científico que justifica o processo de trabalho utilizado na prestação do serviço psicológico** e constitui-se como requisito indispensável para a justificação dos procedimentos utilizados.

### **III – Procedimento**

A descrição do procedimento apresentará os recursos e instrumentos técnicos utilizados **para coletar as informações** (número de encontros, pessoas ouvidas etc) à luz do referencial teórico-filosófico que os embasa, bem como o desenrolar das sessões, técnicas utilizadas e os objetivos para sua utilização. O procedimento adotado deve ser pertinente para avaliar a complexidade do que está sendo demandado e apresentar alternativas terapêuticas para o(a) assistido(a).

#### IV –Análise

É a parte do Relatório onde o(a) profissional(a) faz uma exposição descritiva, narrativa e analítica contendo as principais características e evolução do trabalho realizado, baseando-se em um pensamento sistêmico sobre os dados colhidos e as situações relacionadas à demanda que envolve o processo de atendimento ou acolhimento, sem que isso corresponda a uma descrição literal das sessões, atendimento ou acolhimento, salvo quando tal descrição se justificar tecnicamente.

Nessa exposição, deve mencionar e respeitar a fundamentação teórica que sustenta o instrumental técnico utilizado, bem como princípios éticos, como as questões relativas ao sigilo das informações, recomendando-se que só deve ser relatado o que for necessário para o esclarecimento do caso.

Esta parte, portanto, é a mais importante, uma vez que a exposição com análise fundamentada. O(A) profissional, ainda nessa parte, deverá se valer de citações ou transcrições, visando reforçar as conclusões de sua análise. Não deve fazer afirmações sem sustentação em fatos e/ou teorias, devendo ter linguagem precisa, especialmente quando se referir a dados de natureza subjetiva, expressando-se de maneira clara e exata.

#### V – Conclusão

É a parte final, conclusiva do Relatório. Nela o(a) profissional vai espelhar e dar ênfase às evidências encontradas na análise dos dados a partir das referências adotadas, que subsidiaram o resultado a que o(a) profissional (a) chegou, sustentando assim a finalidade a que se propôs, bem como os resultados obtidos no decorrer das sessões, além de encaminhamento, orientação e sugestão de continuidade do atendimento ou acolhimento.

Vale ressaltar a importância de sugestões e projetos de trabalho que contemplem a complexidade das variáveis envolvidas durante todo o processo.

O relatório deve ser encerrado com indicação do local, data de emissão, nome e CRP , (carimbo em que conste nome completo ou nome social da(do) psicóloga(o)), acrescido de sua inscrição profissional (com nome da(do) psicóloga(o) e número da inscrição), **com todas as páginas numeradas, rubrica-se da primeira à penúltima lauda, considerando que a última conta com a assinatura.**

**O presente relatório foi baseado em termos quase literais na Resolução nº 06/2019 do Conselho Federal de Psicologia. (obs.: esta é uma informação voltada para os estagiários e não a ser colocada no relatório final)**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL

CRP \_\_\_\_/\_\_\_\_

(INSERIR LOGOTIPO)

## RELATÓRIO MULTIPROFISSIONAL

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

CPF:

Idade:

Sexo:

Solicitante:

Autor(a):

Nº de Inscrição no CRP :

Finalidade:

### 2. DESCRIÇÃO DA DEMANDA

O Sr° \_\_\_\_\_ procurou atendimento junto ao serviço de psicologia (DESCREVER O NOME DO LOCAL DO ATENDIMENTO. EX: CONSULTORIO SAUDE) onde relatou que (DESCREVER AS INFORMAÇÕES QUE RECEBEU). Diante do caso faz-se necessária uma avaliação psicológica para melhor compreensão da situação relatada, bem como para delineamento do tratamento, caso este se faça necessário.

### 3. PROCEDIMENTOS

Foram realizadas entrevistas e aplicação de testes psicológicos em **X** encontros de **X** horas de duração em dias alternados.

**APRESENTAR OS RECURSOS TÉCNICOS CIENTÍFICOS UTILIZADOS ESPECIFICANDO O REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO QUE FUNDAMENTOU SUA ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E CONCLUSÃO. CITAR AS PESSOAS OUVIDAS NO PROCESSO DE TRABALHO DESENVOLVIDO, AS INFORMAÇÕES, NÚMEROS DE ENCONTROS OU TEMPO DE DURAÇÃO.**

NO CASO DE HAVER PROCEDIMENTOS OU USO DE TÉCNICAS PRIVATIVAS DA PROFISSÃO, ESTAS DEVEM VIR SEPARADAS DAS DESCRITAS OELOS DEMAIS PROFISSIONAIS.

#### 4. ANÁLISE

**Psicólogo: Nome do Psicólogo completo**

A ANALISE NO RELATORIO MULTIPROFISSIONAL DEVE SER REALIZADA SEPARADAMENTE INICIANDO COM O NOME DO PROFISSIONAL E A CATEGORIA

Nas primeiras sessões o examinado demonstrou (DESCREVER AS PRINCIPAIS CARACTERISTICAS E EVOLUÇÃO DO TRABALHO REALIZADO SEM CORRESPONDER A UMA DESCRIÇÃO LITERAL DAS SESSÕES).

#### 5. CONCLUSÃO

Através dos dados analisados foram verificados indícios de (ESPECIFICAR SE HOUE ENCAMINHAMENTO, ORIENTAÇÃO E SUGESTÃO DE CONTINUIDADE DO ATENDIMENTO).

Declaro que este documento não poderá ser utilizado para fins diferente da sua finalidade pois trata-se de documento sigiloso e extrajudicial.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

**RUBRICA-SE DA PRIMEIRA ATÉ A PENÚLTIMA LAUDA, ASSINANDO A ÚLTIMA.**

NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL

CRP \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 4.0 LAUDO

(INSERIR LOGOTIPO)

### LAUDO PSICOLÓGICO **MODELO I**

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

CPF:

Idade:

Sexo:

Solicitante:

Autor(a):

Nº de Inscrição no CRP :

Finalidade:

#### 2. DESCRIÇÃO DA DEMANDA

Os dados coletados na primeira entrevista foram relatados pelo Sr (**NOME DE QUEM FORNECEU AS INFORMAÇÕES**). As informações fornecidas pela descrição dos sintomas (**DESCREVER OS SINTOMAS RELATADOS**), a postura corporal observada (**DESCREVER A POSTURA CORPORAL OBSERVADA**) e as consequências negativas (**DESCREVER AS CONSEQUENCIAS NAS RELAÇÕES SOCIAIS E TRABALHO**) indicam que o distúrbio de (**DESCREVER A HIPOTESE OU DIAGNOSTICO**) vivido pelo Sr (**NOME DO AVALIADO**) assumiu proporções impeditivas na sua vida.

Estudos recentes apresentados em várias publicações têm indicado serem os distúrbios de (**DESCREVER A HIPOTESE OU DIAGNOSTICO**) os mais frequentes encontrados na população geral. De acordo com algumas características, eles são classificados como quadro patológico, cuja evolução, comprometimento e complicações ensejam busca de tratamento medicamentoso e/ou psicológico.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais especialmente no capítulo que trata dos Distúrbios de (**DESCREVER O DIAGNOSTICO**), os sintomas apresentados pelo Sr (**NOME DO AVALIADO**) Caracterizam um quadro compatível com a descrição de (**DESCREVER O SINTOMA**)

cujo diagnóstico referido no Código Internacional de Doenças (CID) recebe a sigla

(DESCREVER O CID). A evolução deste distúrbio tem sido habitualmente crônica, sendo exacerbado quando a pessoa enfrenta as situações que desencadeiam o medo. Raramente este distúrbio torna o acometido incapaz; entretanto em muitos casos em função do evitamento da situação, ele chega a interferir nas relações sociais e no avanço profissional, comprometendo assim o paciente.

A psicoterapia tem se tornado uma terapêutica que possibilita ao paciente descobrir a origem dos sintomas, o enfrentamento deles, a consciência dos conflitos ou medo geradores de ansiedade e que, dependendo da cronicidade do quadro, é possível ao final do processo, o alívio do sofrimento vivido pelo paciente, seja pela supressão total do foco gerador dos sintomas, seja pela supressão parcial dos sintomas, fornecendo assim, uma qualidade de vida mais satisfatória que a vivida anteriormente ao processo psicoterápico.

### 3. PROCEDIMENTOS

Foram realizadas entrevistas e aplicação de testes psicológicos em X encontros de X horas de duração em dias alternados.

APRESENTAR OS RECURSOS TÉCNICOS CIENTÍFICOS UTILIZADOS ESPECIFICANDO O REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO QUE FUNDAMENTOU SUA ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E CONCLUSÃO. CITAR AS PESSOAS OUVIDAS NO PROCESSO DE TRABALHO DESENVOLVIDO, AS INFORMAÇÕES, NÚMEROS DE ENCONTROS OU TEMPO DE DURAÇÃO.

### 4. ANÁLISE

Nas primeiras sessões o examinado demonstrou (DESCREVER AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS E EVOLUÇÃO DO TRABALHO REALIZADO SEM CORRESPONDER A UMA DESCRIÇÃO LITERAL DAS SESSÕES. AS INFORMAÇÕES DEVEM SER SUSTENTADAS EM FATOS E TEORIAS

RESPEITANDO A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E O INSTRUMENTAL TÉCNICO UTILIZADO)

## 5. CONCLUSÃO

Diante dos dados colhidos na primeira entrevista com o Sr ( **NOME DO AVALIADO**), e considerando que os sintomas relatados levam o referido Sr. a vivência de sofrimentos subjetivos e considerando que os mesmos estão comprometendo sua qualidade de vida pessoal e profissional, apontando para a possibilidade de complicações maiores, inclusive predisposição a um distúrbio depressivo, conclui-se, como terapêutica preventiva dessa evolução para remissão total ou parcial dos sintomas, a necessidade urgente de acompanhamento psicológico.

Declaro ainda que este documento não poderá ser utilizado para fins diferente da sua finalidade pois trata-se de documento sigiloso e extrajudicial.

**NA CONCLUSÃO INDICAM-SE OS ENCAMINHAMENTOS E INTERVENÇÕES, O DIAGNOSTICO, PROGNOSTICO E HIPÓTESE DIAGNOSTICA, A EVOLUÇÃO DO CASO, ORIENTAÇÃO OU SUGESTÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO.**

Cidade, Estado, dia, mês, ano.

NOME COMPLETO DO PSICÓLOGO NÚMERO DO REGISTRO DO  
CONSELHO (CRP)

**RUBRICA-SE DA PRIMEIRA ATÉ A PENÚLTIMA LAUDA, ASSINANDO A ÚLTIMA**

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

**É OBRIGATORIA A INFORMAÇÃO DAS FONTES CIENTIFICAS OU REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS, EM NOTAS DE RODAPÉ PREFERENCIALMENTE.**

(INSERIR LOGOTIPO)

## LAUDO PSICOLÓGICO MODELO II

### 1. Identificação

**Nome:** (coloque aqui o nome do seu paciente)

**Idade:** XX anos

**Estado civil:** Solteira

**Finalidade:** Avaliação psicológica pré-operatória

**CPF:** XXX.XXX.XXX.XX

### 2. Descrição da Demanda

A descrição da demanda deve ser sucinta, ignorando detalhes que exponha demais o paciente. Deve constar peso e altura, pois, será incluído na análise da liberação do plano de saúde, por exemplo.

**Exemplo:** A paciente procurou o recurso da intervenção cirúrgica, pois convive com a obesidade, com tentativas recorrentes e frustradas de controle e manutenção do peso corporal. Atualmente mede 1.75 cm e pesa 137 kg.

### 3. Procedimento

Apresente aqui as ferramentas utilizadas. No caso, as sessões e os testes ou outras ferramentas utilizadas.

**Exemplo:** Foram realizadas 4 sessões, uma por semana. E aplicado um teste psicológico e estes (...).

### 4. Análise

Aqui cabe a descrição do histórico do paciente. Deve constar como se deu o trabalho de investigação terapêutico que posteriormente deu origem a um laudo. Se utilizou teste psicológico na avaliação. Tudo de forma sucinta.

**Exemplo:** Foram realizadas X sessões de psicoterapia, onde a paciente relatou que após várias análises de intervenções cirúrgicas a respeito da obesidade bem como suas implicações.

Foi constatado que possui um bom apoio social e familiar, além de não possuir histórico de distúrbios psiquiátricos e uso de substâncias psicoativas.

Está ciente de todo o procedimento cirúrgico, bem como suas implicações pós-cirúrgicas. Além disso demonstrou estar em plenas condições psicológicas para enfrentar as mudanças comportamentais após a cirurgia.

Ao final da avaliação psicológica, foi (necessário ou desnecessário) o uso de testes psicológicos, pois (explicar sobre o uso ou não de testes...).

## **5. Conclusão**

Na conclusão deve constar o resultado da avaliação, um breve resumo da expectativa do paciente em relação a cirurgia e das mudanças advindas dela.

**Exemplo:** Conclui-se que a examinada está em plenas condições psicológicas para submeter-se a cirurgia mencionada, é ciente de todos os procedimentos cirúrgicos, como também das implicações pós-cirúrgicas e as mudanças comportamentais que possa ocorrer.

Declaro que este documento não poderá ser utilizado para outros fins diferente do seu propósito. O mesmo tem caráter sigiloso e se trata de documento extrajudicial.

Cidade, estado, data, mês e ano.

**Nome completo do profissional**

**Número do registro no CFP**

(INSERIR LOGOTIPO)

## LAUDO PSICOLÓGICO

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

CPF:

Idade:

Sexo:

Solicitante:

Autor(a):

Nº de Inscrição no CRP :

Finalidade:

### 2. DESCRIÇÃO DA DEMANDA

Os dados coletados na primeira entrevista foram relatados pelo Sr (**NOME DE QUEM FORNECEU AS INFORMAÇÕES**). As informações fornecidas pela descrição dos sintomas (**DESCREVER OS SINTOMAS RELATADOS**), a postura corporal observada (**DESCREVER A POSTURA CORPORAL OBSERVADA**) e as consequências negativas (**DESCREVER AS CONSEQUENCIAS NAS RELAÇÕES SOCIAIS E TRABALHO**) indicam que o distúrbio de (**DESCREVER A HIPOTESE OU DIAGNOSTICO**) vivido pelo Sr (**NOME DO AVALIADO**) assumiu proporções impeditivas na sua vida.

Estudos recentes apresentados em várias publicações têm indicado serem os distúrbios de (**DESCREVER A HIPOTESE OU DIAGNOSTICO**) os mais frequentes encontrados na população geral. De acordo com algumas características, eles são classificados como quadro patológico, cuja evolução, comprometimento e complicações ensejam busca de tratamento medicamentoso e/ou psicológico.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais especialmente no capítulo que trata dos Distúrbios de (**DESCREVER O DIAGNOSTICO**), os sintomas apresentados pelo Sr (**NOME DO AVALIADO**) caracterizam um quadro compatível com a descrição de (**DESCREVER O SINTOMA**)

cujo diagnóstico referido no

Código Internacional de Doenças (CID) recebe a sigla **(DESCREVER O CID)**. A evolução deste distúrbio tem sido habitualmente crônica, sendo exacerbado quando a pessoa enfrenta as situações que desencadeiam o medo. Raramente este distúrbio torna o acometido incapaz; entretanto em muitos casos em função do evitamento da situação, ele chega a interferir nas relações sociais e no avanço profissional, comprometendo assim o paciente.

A psicoterapia tem se tornado uma terapêutica que possibilita ao paciente descobrir a origem dos sintomas, o enfretamento deles, a consciência dos conflitos ou medo geradores de ansiedade e que, dependendo da cronicidade do quadro, é possível ao final do processo, o alívio do sofrimento vivido pelo paciente, seja pela supressão total do foco gerador dos sintomas, seja pela supressão parcial dos sintomas, fornecendo assim, uma qualidade de vida mais satisfatória que a vivida anteriormente ao processo psicoterápico.

### 3. PROCEDIMENTOS

Foram realizadas entrevistas e aplicação de testes psicológicos em **X** encontros de **X** horas de duração em dias alternados.

**APRESENTAR OS RECURSOS TÉCNICOS CIENTÍFICOS UTILIZADOS ESPECIFICANDO O REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO QUE FUNDAMENTOU SUA ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E CONCLUSÃO.**

**CITAR AS PESSOAS OUVIDAS NO PROCESSO DE TRABALHO DESENVOLVIDO, AS INFORMAÇÕES, NÚMEROS DE ENCONTROS OU TEMPO DE DURAÇÃO.**

### 4. ANÁLISE

Nas primeiras sessões o examinado demonstrou **(DESCREVER AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS E EVOLUÇÃO DO TRABALHO REALIZADO SEM CORRESPONDER A UMA DESCRIÇÃO LITERAL DAS SESSÕES. AS INFORMAÇÕES DEVEM SER**

SUSTENTADAS EM FATOS E TEORIAS RESPEITANDO A FUNDAMENTAÇÃO  
TEÓRICA E O INSTRUMENTAL TÉCNICO UTILIZADO)

## 1. CONCLUSÃO

Diante dos dados colhidos na primeira entrevista com o Sr ( **NOME DO AVALIADO** ), e considerando que os sintomas relatados levam o referido Sr. a vivência de sofrimentos subjetivos e considerando que os mesmos estão comprometendo sua qualidade de vida pessoal e profissional, apontando para a possibilidade de complicações maiores, inclusive predisposição a um distúrbio depressivo, conclui-se , como terapêutica preventiva dessa evolução para remissão total ou parcial dos sintomas, a necessidade urgente de acompanhamento psicológico.

Declaro ainda que este documento não poderá ser utilizado para fins diferente da sua finalidade pois trata-se de documento sigiloso e extrajudicial.

**NA CONCLUSÃO INDICAM-SE OS ENCAMINHAMENTOS E INTERVENÇÕES,  
O DIAGNOSTICO, PROGNOSTICO E HIPÓTESE DIAGNOSTICA, A EVOLUÇÃO  
DO CASO, ORIENTAÇÃO OU SUGESTÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO.**

Cidade, Estado, dia, mês, ano.

NOME COMPLETO DO PSICÓLOGO

NÚMERO DO REGISTRO DO CONSELHO (CRP)

**RUBRICA-SE DA PRIMEIRA ATÉ A PENÚLTIMA LAUDA, ASSINANDO A ÚLTIMA**

## **5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

**É OBRIGATORIA A INFORMAÇÃO DAS FONTES CIENTIFICAS OU REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS, EM NOTAS DE RODAPÉ PREFERENCIALMENTE**

(INSERIR LOGOTIPO)

## LAUDO PSICOLÓGICO

Excelentíssimo Senhor Juiz de Direito da Xª Vara de Família da Comarca de XXXXXX.  
Em atendimento à determinação de Vossa Excelência, constante às fls. xx dos autos, apresentamos o laudo psicológico referente ao processo abaixo identificado.

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

CPF:

Idade:

Sexo:

Solicitante:

Autor(a):

Nº de Inscrição no CRP :

Ação: Separação Litigiosa Processo nº:

### 2. DESCRIÇÃO DA DEMANDA

O MP solicitou estudo técnico, com a descrição detalhada do posicionamento de cada um dos membros da familiar acerca do litígio conjugal, a ser realizado pela equipe do Setor de Psicologia e de Serviço Social, para indicação do melhor formato da guarda para as filhas, incluindo local de moradia, bem como acerca da possibilidade do exercício da guarda compartilhada pelos pais. O juiz deferiu o pedido do MP e encaminhou o processo para estudo psicossocial.

### 3. PROCEDIMENTOS

**Análise dos documentos dos autos;**

- **Análise de documentos diversos (declaração das escolas, atestados médicos e pareceres psicológicos;**
- **Entrevistas psicológicas com a requerente;**

- **Entrevistas psicológicas com o requerido;**
- **Entrevistas psicológicas individuais com as duas filhas em tela;**
- **Atendimentos conjuntos das filhas e com o pai;**
- **Atendimentos conjuntos das filhas e com a mãe;**
- **Dinâmicas familiares;**
- **Observações situacionais;**
- **Análise do histórico das relações familiares;**
- **Utilização de recursos lúdicos;**
- **Entrevistas devolutivas às partes processuais;**

#### 4. ANÁLISE

S 43 anos de idade, requer separação de corpos em face de H, 46 anos de idade, com quem está casada desde XX. Na presente ação, existe também uma discussão entre as partes processuais acerca da guarda das duas filhas: L. S. P., e L.M.S.P, nascidas, respectivamente, em XX de maio de 1996 e em 18 de agosto de 1999. O Sr. H e a Sra. S. continuam vivendo no mesmo imóvel e compartilhando as responsabilidades inerentes à educação e à orientação das filhas; mas apoiados em valores pessoais e em princípios educacionais diferenciados disputam a guarda de L e L. Essas divergências referem-se à administração de aspectos como: saúde, alimentação, acompanhamento escolar e lazer. As partes processuais salientaram que, há alguns anos, iniciou-se um processo de afastamento conjugal, divergências quanto a projetos de vida, culminando no desejo pelo rompimento do matrimônio. O Sr. H, graduado em administração de empresas, atua como empresário no segmento de representação comercial, declarando rendimentos mensais em torno de R\$10.500,00 (dez mil e quinhentos reais). Revelou receio de que a requerente possa ser permissiva no exercício da

maternidade e que não consiga transmitir às filhas valores morais consistentes ou prestar-lhes o devido acompanhamento escolar. Na percepção do requerido, sua esposa apresenta instabilidade emocional, que tende a comprometer o exercício da maternidade, avalia-se, portanto, mais capacitado do que a Sr a. S para assumir a orientação d as filhas. O requerido afirmou que, devido às suas atividades profissionais,

normalmente, se ausenta desta Capital, na segunda e na última semana de cada mês. Contudo, pretende contratar uma doméstica, para garantir o atendimento das necessidades das filhas, sobretudo, durante o período de suas viagens. A Sra. S., diretora de uma escola da rede estadual de ensino do Estado de Minas Gerais, obtendo salário mensal de R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais). Considera o marido rígido e autoritário quanto aos posicionamentos e atitudes direcionadas às filhas. A requerente afirmou que devido às atividades profissionais do marido, ela sempre cuidou pessoalmente da rotina diária de L e L, pretendendo mantê-las em sua companhia. L., 11 anos de idade, cursa a 6º ano/9 do ensino fundamental no Colégio XXX. Segundo os pais, durante a primeira infância, a filha apresentou dificuldades psicomotoras e de socialização, com possível diagnóstico de síndrome de sotto. Revelaram que, atualmente, L. evidencia satisfatório progresso em seu desenvolvimento geral e tem apresentado adequado rendimento pedagógico, embora requeira especial atenção, sobretudo, no acompanhamento das tarefas escolares. Devido à idade e às suas características pessoais, a pré-adolescente mostra-se, ainda, muito dependente da figura materna. L., 14 anos de idade, cursa o 8º ano do ensino fundamental no Colégio XXX, onde tem alcançado destaque nos resultados acadêmicos. A adolescente denota evolução emocional e desenvolvimento geral compatível com sua faixa etária. Durante a realização deste estudo, L e L demonstraram manter preservada a imagem do par parental, nutrindo afeto por seus genitores. As irmãs vivenciam desconforto emocional decorrente desse processo de separação dos pais e explicitaram desejo de preservar o relacionamento afetivo e a ampla participação dos pais em todos os aspectos de suas vidas.

A partir dos relatos dos membros dessa família, percebemos que ao longo do casamento, o Sr. H e a Sra. S. assumiram, respectivamente, a função paterna e materna, atendendo com adequação as demandas das filhas. No decorrer dos últimos anos, fizeram um acordo quanto ao acompanhamento da vida escolar das filhas; o pai assumiu os cuidados demandados por L. e a mãe se concentrou nas necessidades da caçula. Nos demais aspectos, compartilham as funções parentais complementando-se em suas diferenças pessoais. No momento, nutrem ressentimentos advindos do processo de rompimento conjugal e das divergências referentes a essa disputa judicial da guarda das filhas. Contudo, concordam ser fundamental para o desenvolvimento psíquico e social das meninas a manutenção do convívio com o par parental, e se dispõem a favorecer uma saudável integração de L e L nos dois

núcleos familiares a serem constituídos em suas vidas. Quanto a presente ação, salientamos que as alegações das partes estão relacionadas às características pessoais, aos princípios educacionais e aos estilos de vida diferenciados de ambos que culminaram nesse processo de separação.

## 5. CONCLUSÃO

A requerente e o requerido evidenciam ter condições emocionais e disponibilidade para exercerem seus devidos papéis e funções na vida das filhas, porém nutrem ressentimentos advindos da ruptura do vínculo conjugal, que acentuam as diferenças entre os procedimentos educacionais estabelecidos por ambos em relação às L e L. Salientamos, contudo, não existirem questionamentos dos genitores quanto ao relacionamento afetivo mantido entre eles e às filhas. A nosso ver, os ressentimentos advindos do rompimento conjugal precisam ser deslocados das filhas do casal, considerando que um ambiente livre de conflitos e embates será fundamental para a evolução emocional de ambas. Do ponto de vista psicológico e social, o Sr. H. Sra. S. estão em condições de exercerem as funções parentais, não tendo sido observados fatores impeditivos

ao exercício da guarda compartilhada. Entretanto, considerando a rotina profissional do Sr. H, consideramos adequada a fixação da moradia de L e L em companhia materna. Ademais, visando o bem-estar emocional e o desenvolvimento das filhas, consideramos fundamental a manutenção de estreita e constante convivência delas com ambos os genitores.

Diante do exposto, encaminhamos o presente relatório à apreciação de Vossa Excelência e colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Cidade, Estado, dia, mês, ano.

NOME COMPLETO DO PSICÓLOGO  
NÚMERO DO REGISTRO DO CONSELHO (CRP)

RUBRICA-SE DA PRIMEIRA ATÉ A PENÚLTIMA LAUDA, ASSINANDO A ÚLTIMA

## **5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

**É OBRIGATORIA A INFORMAÇÃO DAS FONTES CIENTIFICAS OU REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS, EM NOTAS DE RODAPÉ PREFERENCIALMENTE**

(INSERIR LOGOTIPO)

## LAUDO PSICOLÓGICO

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

CPF:

Idade:

Sexo:

Solicitante:

Autor(a):

Nº de Inscrição no CRP :

Finalidade: Indenização por abandono afetivo

### 2. DESCRIÇÃO DA DEMANDA

Alice é parte autora no processo de Indenização por Abandono Afetivo. Residia com sua mãe, Regina, e com o padrasto. A jovem tem outro irmão mais novo, fruto do segundo casamento de seu pai, Eduardo. Sobre seu histórico familiar, Alice relatou que é fruto de uma gravidez não planejada que levou à breve convivência conjugal de seus pais. Ainda em seu primeiro ano de idade, Regina e Eduardo se separaram, e ela e sua mãe passaram a viver com os avós maternos. Conforme o laudo psicológico, Alice demonstrou vinculação afetiva positiva com sua mãe e contou que desenvolveu grande afeto com seu avô materno, apontando-o como figura de referência ao longo do seu crescimento. Em relação à sua convivência com o pai, Alice afirmou tê-lo visto somente em algumas ocasiões ao longo de toda sua vida, sendo que o incentivo para os encontros partia sempre de si mesma ou de sua mãe. Retomou que seu pai não esteve presente em momentos importantes de sua vida, como em festas de aniversário. Alice relatou que depois que seu pai se casou novamente a distância entre os dois aumentou, uma vez que a madrasta demonstrava sentir ciúmes dela e o casal frequentemente tinha discussões quando ela os visitava. Desse casamento nasceu o irmão de Alice, com o qual afirmou ter mantido uma relação próxima e fraterna, embora estivessem mais distantes à época da avaliação psicológica. Alice contou sentir ciúmes do relacionamento que seu pai tinha com o filho mais novo, apontando que o mesmo oferecia cuidados a ele que não havia oferecido a ela. Relembrou diversas ocasiões em que sentiu falta da presença do pai,

momentos em que ele não apareceu para buscá-la ou visitá-la e em que não teria demonstrado interesse em vê-la. Alice contou que sua mãe costumava ligar para Eduardo incentivando o contato entre ele e a filha, mas muitas vezes o incentivo não surtia efeito. Relembrou que sua mãe sempre incentivou o contato entre pai e filha, afirmando que Eduardo a amava e sustentando uma relação positiva entre os dois. No entanto, relatou que sentia que sua mãe também se decepcionava com a falta de interesse do pai. Relatou ainda que a mãe ofereceu o apoio necessário, mas não se envolveu ativamente no ingresso da ação judicial e a alertou, pedindo que refletisse sobre a gravidade do processo.

### **3. PROCEDIMENTOS**

Foram realizadas entrevistas e aplicação de testes psicológicos em X encontros de X horas de duração em dias alternados.

### **4. ANÁLISE**

Alice demonstrou ao longo das entrevistas sentimentos de mágoa e ressentimento em relação ao comportamento de seu pai, entendendo que o mesmo jamais teve interesse por ela e não se implicou na relação de pai e filha que ela esperava ter com ele. Por outro lado, percebia que seu avô materno e seu padrasto preencheram as lacunas deixadas pela ausência paterna, tendo a ela oferecido cuidados e apoio afetivo ao longo de seu crescimento.

### **5. CONCLUSÃO**

Conforme os registros das entrevistas, Alice e Eduardo sempre residiram na mesma cidade e nenhum dos dois relatou qualquer dificuldade, seja de mobilidade ou financeira, que pudesse ter prejudicado o contato entre pai e filha. As conclusões apresentadas no laudo psicológico apontaram que Alice fora atendida em suas necessidades básicas ao longo de seu desenvolvimento, que possuía ampla rede de apoio familiar e que não exibira sinais de dano psíquico. Como recomendação, foi indicada a inserção do pai de

Alice em seu processo terapêutico, na medida do possível.

Cidade, Estado, dia, mês, ano.

NOME COMPLETO DO PSICÓLOGO

NÚMERO DO REGISTRO DO CONSELHO (CRP)

**RUBRICA-SE DA PRIMEIRA ATÉ A PENÚLTIMA LAUDA, ASSINANDO A ÚLTIMA**

## **5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

**É OBRIGATORIA A INFORMAÇÃO DAS FONTES CIENTIFICAS OU REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS, EM NOTAS DE RODAPÉ PREFERENCIALMENTE**

(INSERIR LOGOTIPO)

## LAUDO PSICOLÓGICO

### 5. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

CPF:

Idade:

Sexo:

Solicitante:

Autor(a):

Nº de Inscrição no CRP :

Finalidade:

### 6. DESCRIÇÃO DA DEMANDA

Os dados coletados na primeira entrevista foram relatados pelo Sr (**NOME DE QUEM FORNECEU AS INFORMAÇÕES**). As informações fornecidas pela descrição dos sintomas (**DESCREVER OS SINTOMAS RELATADOS**), a postura corporal observada (**DESCREVER A POSTURA CORPORAL OBSERVADA**) e as consequências negativas (**DESCREVER AS CONSEQUENCIAS NAS RELAÇÕES SOCIAIS E TRABALHO**) indicam que o distúrbio de (**DESCREVER A HIPOTESE OU DIAGNOSTICO**) vivido pelo Sr (**NOME DO AVALIADO**) assumiu proporções impeditivas na sua vida.

Estudos recentes apresentados em várias publicações têm indicado serem os distúrbios de (**DESCREVER A HIPOTESE OU DIAGNOSTICO**) os mais frequentes encontrados na população geral. De acordo com algumas características, eles são classificados como quadro patológico, cuja evolução, comprometimento e complicações ensejam busca de tratamento medicamentoso e/ou psicológico.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais especialmente no capítulo que trata dos Distúrbios de (**DESCREVER O DIAGNOSTICO**), os sintomas apresentados pelo Sr **.(NOME DO AVALIADO)** Caracterizam um quadro compatível com a descrição de (**DESCREVER O SINTOMA**)

cujo diagnóstico referido no

Código Internacional de Doenças (CID) recebe a sigla **(DESCREVER O CID)**. A evolução deste distúrbio tem sido habitualmente crônica, sendo exacerbado quando a pessoa enfrenta as situações que desencadeiam o medo. Raramente este distúrbio torna o acometido incapaz; entretanto em muitos casos em função do evitamento da situação, ele chega a interferir nas relações sociais e no avanço profissional, comprometendo assim o paciente.

A psicoterapia tem se tornado uma terapêutica que possibilita ao paciente descobrir a origem dos sintomas, o enfretamento deles, a consciência dos conflitos ou medo geradores de ansiedade e que, dependendo da cronicidade do quadro, é possível ao final do processo, o alívio do sofrimento vivido pelo paciente, seja pela supressão total do foco gerador dos sintomas, seja pela supressão parcial dos sintomas, fornecendo assim, uma qualidade de vida mais satisfatória que a vivida anteriormente ao processo psicoterápico.

## 7. PROCEDIMENTOS

Foram realizadas entrevistas e aplicação de testes psicológicos em **X** encontros de **X** horas de duração em dias alternados.

**APRESENTAR OS RECURSOS TÉCNICOS CIENTÍFICOS UTILIZADOS ESPECIFICANDO O REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO QUE FUNDAMENTOU SUA ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E CONCLUSÃO.**

**CITAR AS PESSOAS OUVIDAS NO PROCESSO DE TRABALHO DESENVOLVIDO, AS INFORMAÇÕES, NÚMEROS DE ENCONTROS OU TEMPO DE DURAÇÃO.**

## 8. ANÁLISE

Nas primeiras sessões o examinado demonstrou **(DESCREVER AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS E EVOLUÇÃO DO TRABALHO REALIZADO SEM CORRESPONDER A UMA DESCRIÇÃO LITERAL DAS SESSÕES. AS INFORMAÇÕES DEVEM SER**

SUSTENTADAS EM FATOS E TEORIAS RESPEITANDO A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E O INSTRUMENTAL TÉCNICO UTILIZADO)

## 2. CONCLUSÃO

Diante dos dados colhidos na primeira entrevista com o Sr ( **NOME DO AVALIADO** ), e considerando que os sintomas relatados levam o referido Sr. a vivência de sofrimentos subjetivos e considerando que os mesmos estão comprometendo sua qualidade de vida pessoal e profissional, apontando para a possibilidade de complicações maiores, inclusive predisposição a um distúrbio depressivo, conclui-se , como terapêutica preventiva dessa evolução para remissão total ou parcial dos sintomas, a necessidade urgente de acompanhamento psicológico.

Declaro ainda que este documento não poderá ser utilizado para fins diferente da sua finalidade pois trata-se de documento sigiloso e extrajudicial.

**NA CONCLUSÃO INDICAM-SE OS ENCAMINHAMENTOS E INTERVENÇÕES, O DIAGNOSTICO, PROGNOSTICO E HIPÓTESE DIAGNOSTICA, A EVOLUÇÃO DO CASO, ORIENTAÇÃO OU SUGESTÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO.**

Cidade, Estado, dia, mês, ano.

NOME COMPLETO DO PSICÓLOGO

NÚMERO DO REGISTRO DO CONSELHO (CRP)

**RUBRICA-SE DA PRIMEIRA ATÉ A PENÚLTIMA LAUDA, ASSINANDO A ÚLTIMA**

## **5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

**É OBRIGATORIA A INFORMAÇÃO DAS FONTES CIENTIFICAS OU REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS, EM NOTAS DE RODAPÉ PREFERENCIALMENTE**

(INSERIR LOGOTIPO)

## LAUDO PSICOLÓGICO

Excelentíssimo Senhor Juiz de Direito da Xª Vara de Família da Comarca de XXXXXX.  
Em atendimento à determinação de Vossa Excelência, constante às fls. xx dos autos, apresentamos o laudo psicológico referente ao processo abaixo identificado.

### 6. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

CPF:

Idade:

Sexo:

Solicitante:

Autor(a):

Nº de Inscrição no CRP :

Ação: Separação Litigiosa Processo nº:

### 7. DESCRIÇÃO DA DEMANDA

O MP solicitou estudo técnico, com a descrição detalhada do posicionamento de cada um dos membros da familiar acerca do litígio conjugal, a ser realizado pela equipe do Setor de Psicologia e de Serviço Social, para indicação do melhor formato da guarda para as filhas, incluindo local de moradia, bem como acerca da possibilidade do exercício da guarda compartilhada pelos pais. O juiz deferiu o pedido do MP e encaminhou o processo para estudo psicossocial.

### 8. PROCEDIMENTOS

**Análise dos documentos dos autos;**

- **Análise de documentos diversos (declaração das escolas, atestados médicos e pareceres psicológicos;**
- **Entrevistas psicológicas com a requerente;**

- **Entrevistas psicológicas com o requerido;**
- **Entrevistas psicológicas individuais com as duas filhas em tela;**
- **Atendimentos conjuntos das filhas e com o pai;**
- **Atendimentos conjuntos das filhas e com a mãe;**
- **Dinâmicas familiares;**
- **Observações situacionais;**
- **Análise do histórico das relações familiares;**
- **Utilização de recursos lúdicos;**
- **Entrevistas devolutivas às partes processuais;**

## 9. ANÁLISE

S 43 anos de idade, requer separação de corpos em face de H, 46 anos de idade, com quem está casada desde XX. Na presente ação, existe também uma discussão entre as partes processuais acerca da guarda das duas filhas: L. S. P., e L.M.S.P, nascidas, respectivamente, em XX de maio de 1996 e em 18 de agosto de 1999. O Sr. H e a Sra. S. continuam vivendo no mesmo imóvel e compartilhando as responsabilidades inerentes à educação e à orientação das filhas; mas apoiados em valores pessoais e em princípios educacionais diferenciados disputam a guarda de L e L. Essas divergências referem-se à administração de aspectos como: saúde, alimentação, acompanhamento escolar e lazer. As partes processuais salientaram que, há alguns anos, iniciou-se um processo de afastamento conjugal, divergências quanto a projetos de vida, culminando no desejo pelo rompimento do matrimônio. O Sr. H, graduado em administração de empresas, atua como empresário no segmento de representação comercial, declarando rendimentos mensais em torno de R\$10.500,00 (dez mil e quinhentos reais). Revelou receio de que a requerente possa ser permissiva no exercício da

maternidade e que não consiga transmitir às filhas valores morais consistentes ou prestar-lhes o devido acompanhamento escolar. Na percepção do requerido, sua esposa apresenta instabilidade emocional, que tende a comprometer o exercício da maternidade, avalia-se, portanto, mais capacitado do que a Sr a. S para assumir a orientação d as filhas. O requerido afirmou que, devido às suas atividades profissionais,

normalmente, se ausenta desta Capital, na segunda e na última semana de cada mês. Contudo, pretende contratar uma doméstica, para garantir o atendimento das necessidades das filhas, sobretudo, durante o período de suas viagens. A Sra. S., diretora de uma escola da rede estadual de ensino do Estado de Minas Gerais, obtendo salário mensal de R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais). Considera o marido rígido e autoritário quanto aos posicionamentos e atitudes direcionadas às filhas. A requerente afirmou que devido às atividades profissionais do marido, ela sempre cuidou pessoalmente da rotina diária de L e L, pretendendo mantê-las em sua companhia. L., 11 anos de idade, cursa a 6º ano/9 do ensino fundamental no Colégio XXX. Segundo os pais, durante a primeira infância, a filha apresentou dificuldades psicomotoras e de socialização, com possível diagnóstico de síndrome de sotto. Revelaram que, atualmente, L. evidencia satisfatório progresso em seu desenvolvimento geral e tem apresentado adequado rendimento pedagógico, embora requeira especial atenção, sobretudo, no acompanhamento das tarefas escolares. Devido à idade e às suas características pessoais, a pré-adolescente mostra-se, ainda, muito dependente da figura materna. L., 14 anos de idade, cursa o 8º ano do ensino fundamental no Colégio XXX, onde tem alcançado destaque nos resultados acadêmicos. A adolescente denota evolução emocional e desenvolvimento geral compatível com sua faixa etária. Durante a realização deste estudo, L e L demonstraram manter preservada a imagem do par parental, nutrindo afeto por seus genitores. As irmãs vivenciam desconforto emocional decorrente desse processo de separação dos pais e explicitaram desejo de preservar o relacionamento afetivo e a ampla participação dos pais em todos os aspectos de suas vidas.

A partir dos relatos dos membros dessa família, percebemos que ao longo do casamento, o Sr. H e a Sra. S. assumiram, respectivamente, a função paterna e materna, atendendo com adequação as demandas das filhas. No decorrer dos últimos anos, fizeram um acordo quanto ao acompanhamento da vida escolar das filhas; o pai assumiu os cuidados demandados por L. e a mãe se concentrou nas necessidades da caçula. Nos demais aspectos, compartilham as funções parentais complementando-se em suas diferenças pessoais. No momento, nutrem ressentimentos advindos do processo de rompimento conjugal e das divergências referentes a essa disputa judicial da guarda das filhas. Contudo, concordam ser fundamental para o desenvolvimento psíquico e social das meninas a manutenção do convívio com o par parental, e se dispõem a favorecer uma saudável integração de L e L nos dois

núcleos familiares a serem constituídos em suas vidas. Quanto a presente ação, salientamos que as alegações das partes estão relacionadas às características pessoais, aos princípios educacionais e aos estilos de vida diferenciados de ambos que culminaram nesse processo de separação.

## 10. CONCLUSÃO

A requerente e o requerido evidenciam ter condições emocionais e disponibilidade para exercerem seus devidos papéis e funções na vida das filhas, porém nutrem ressentimentos advindos da ruptura do vínculo conjugal, que acentuam as diferenças entre os procedimentos educacionais estabelecidos por ambos em relação às L e L. Salientamos, contudo, não existirem questionamentos dos genitores quanto ao relacionamento afetivo mantido entre eles e às filhas. A nosso ver, os ressentimentos advindos do rompimento conjugal precisam ser deslocados das filhas do casal, considerando que um ambiente livre de conflitos e embates será fundamental para a evolução emocional de ambas. Do ponto de vista psicológico e social, o Sr. H. Sra. S. estão em condições de exercerem as funções parentais, não tendo sido observados fatores impeditivos

ao exercício da guarda compartilhada. Entretanto, considerando a rotina profissional do Sr. H, consideramos adequada a fixação da moradia de L e L em companhia materna. Ademais, visando o bem-estar emocional e o desenvolvimento das filhas, consideramos fundamental a manutenção de estreita e constante convivência delas com ambos os genitores.

Diante do exposto, encaminhamos o presente relatório à apreciação de Vossa Excelência e colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Cidade, Estado, dia, mês, ano.

NOME COMPLETO DO PSICÓLOGO  
NÚMERO DO REGISTRO DO CONSELHO (CRP)

RUBRICA-SE DA PRIMEIRA ATÉ A PENÚLTIMA LAUDA, ASSINANDO A ÚLTIMA

## **5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

**É OBRIGATORIA A INFORMAÇÃO DAS FONTES CIENTIFICAS OU REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS, EM NOTAS DE RODAPÉ PREFERENCIALMENTE**

(INSERIR LOGOTIPO)

## LAUDO PSICOLÓGICO

### 6. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

CPF:

Idade:

Sexo:

Solicitante:

Autor(a):

Nº de Inscrição no CRP :

Finalidade: Indenização por abandono afetivo

### 7. DESCRIÇÃO DA DEMANDA

Alice é parte autora no processo de Indenização por Abandono Afetivo. Residia com sua mãe, Regina, e com o padrasto. A jovem tem outro irmão mais novo, fruto do segundo casamento de seu pai, Eduardo. Sobre seu histórico familiar, Alice relatou que é fruto de uma gravidez não planejada que levou à breve convivência conjugal de seus pais. Ainda em seu primeiro ano de idade, Regina e Eduardo se separaram, e ela e sua mãe passaram a viver com os avós maternos. Conforme o laudo psicológico, Alice demonstrou vinculação afetiva positiva com sua mãe e contou que desenvolveu grande afeto com seu avô materno, apontando-o como figura de referência ao longo do seu crescimento. Em relação à sua convivência com o pai, Alice afirmou tê-lo visto somente em algumas ocasiões ao longo de toda sua vida, sendo que o incentivo para os encontros partia sempre de si mesma ou de sua mãe. Retomou que seu pai não esteve presente em momentos importantes de sua vida, como em festas de aniversário. Alice relatou que depois que seu pai se casou novamente a distância entre os dois aumentou, uma vez que a madrasta demonstrava sentir ciúmes dela e o casal frequentemente tinha discussões quando ela os visitava. Desse casamento nasceu o irmão de Alice, com o qual afirmou ter mantido uma relação próxima e fraterna, embora estivessem mais distantes à época da avaliação psicológica. Alice contou sentir ciúmes do relacionamento que seu pai tinha com o filho mais novo, apontando que o mesmo oferecia cuidados a ele que não havia oferecido a ela. Relembrou diversas ocasiões em que sentiu falta da presença do pai,

momentos em que ele não apareceu para buscá-la ou visitá-la e em que não teria demonstrado interesse em vê-la. Alice contou que sua mãe costumava ligar para Eduardo incentivando o contato entre ele e a filha, mas muitas vezes o incentivo não surtia efeito. Relembrou que sua mãe sempre incentivou o contato entre pai e filha, afirmando que Eduardo a amava e sustentando uma relação positiva entre os dois. No entanto, relatou que sentia que sua mãe também se decepcionava com a falta de interesse do pai. Relatou ainda que a mãe ofereceu o apoio necessário, mas não se envolveu ativamente no ingresso da ação judicial e a alertou, pedindo que refletisse sobre a gravidade do processo.

## **8. PROCEDIMENTOS**

Foram realizadas entrevistas e aplicação de testes psicológicos em X encontros de X horas de duração em dias alternados.

## **9. ANÁLISE**

Alice demonstrou ao longo das entrevistas sentimentos de mágoa e ressentimento em relação ao comportamento de seu pai, entendendo que o mesmo jamais teve interesse por ela e não se implicou na relação de pai e filha que ela esperava ter com ele. Por outro lado, percebia que seu avô materno e seu padrasto preencheram as lacunas deixadas pela ausência paterna, tendo a ela oferecido cuidados e apoio afetivo ao longo de seu crescimento.

## **10. CONCLUSÃO**

Conforme os registros das entrevistas, Alice e Eduardo sempre residiram na mesma cidade e nenhum dos dois relatou qualquer dificuldade, seja de mobilidade ou financeira, que pudesse ter prejudicado o contato entre pai e filha. As conclusões apresentadas no laudo psicológico apontaram que Alice fora atendida em suas necessidades básicas ao longo de seu desenvolvimento, que possuía ampla rede de apoio familiar e que não exibira sinais de dano psíquico. Como recomendação, foi indicada a inserção do pai de

Alice em seu processo terapêutico, na medida do possível.

Cidade, Estado, dia, mês, ano.

NOME COMPLETO DO PSICÓLOGO

NÚMERO DO REGISTRO DO CONSELHO (CRP)

**RUBRICA-SE DA PRIMEIRA ATÉ A PENÚLTIMA LAUDA, ASSINANDO A ÚLTIMA**

## **5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

**É OBRIGATORIA A INFORMAÇÃO DAS FONTES CIENTIFICAS OU REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS, EM NOTAS DE RODAPÉ PREFERENCIALMENTE**

(INSERIR LOGOTIPO)

## LAUDO PSICOSSOCIAL

### 1. IDENTIFICAÇÃO

**Nome:**

**Idade:**

**RG:**

**CPF:**

**Data de Nascimento :**

**Estado civil:**

**Sexo:**

**Autor( a ):**

**CRP:**

**Interessado:**

**Assunto:**

### 2. DESCRIÇÃO DA DEMANDA

Realizar avaliação psicológica e da conduta da candidata aprovada no processo seletivo em relação ao exigido pelo cargo\_\_\_\_\_. Para tanto se utilizou o escopo técnico científico da psicologia. A demanda teve como construção as seguintes etapas: entrevista individual e aplicação de testes.

### 3. PROCEDIMENTOS

A avaliação psicológica constituiu-se do uso da técnica da Entrevista individual e da aplicação dos seguintes instrumentos psicológicos:\_\_\_\_\_.

### 4. ANÁLISE

Realizou-se entrevista, apresentando-se a avaliada de forma atenta as perguntas, racionalizando e respondendo-as prontamente. Foi possível constatar que se trata de uma pessoa comunicativa e sociável, com conduta positiva, sem apresentar níveis de ansiedade, além de controle emocional adequado, com socialização e um convívio familiar harmônico. Foram aferidas também as seguintes características já estabelecidas

ao cargo como: Área percepto reacional, motora e nível mental, área do equilíbrio psíquico, controle emocional (elevado), ansiedade (diminuída), impulsividade (diminuída), domínio psicomotor (adequado), autoconfiança (boa), resistência à frustração (elevada), potencial de desenvolvimento cognitivo (bom), memórias auditivas e visuais (boas), disposição para o trabalho (elevada), resistência à fadiga psicofísica (boa), iniciativa (boa), potencial de liderança (adequado), capacidade de cooperar e trabalhar em grupo (boa), relacionamento interpessoal (adequado), flexibilidade de conduta (adequada), criatividade (boa), fluência verbal (adequada), sinais fóbicos e disrítmicos (ausentes).

Vale ressaltar que a candidata foi receptiva e cooperativa em todas as etapas descritas acima, bem como usou de bom nível de oralidade na entrevista.

Sendo assim, não foi observado no momento qualquer tipo de distúrbio psíquico.

## 5. CONCLUSÃO

De acordo com a avaliação realizada a candidata está APTA a exercer a atividade de \_\_\_\_\_.

São Luís, MA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Nome completo do profissional  
Psicólogo – CRP –

## 5.0 PARECER PSICOLÓGICO

(INSERIR LOGOTIPO)

### PARECER PSICOLÓGICO

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

**Nome da pessoa ou instituição objeto do questionamento (ou do parecer):** identificação do nome completo ou nome social completo e, quando necessário, outras informações sócio demográficas da pessoa ou instituição cuja dúvida ou questionamento se refere.

**Nome do solicitante:** identificação de quem solicitou o documento, especificando se a solicitação foi realizada pelo Poder Judiciário, por empresas, instituições públicas ou privadas, pela(o) própria(o) usuária(o) do processo de trabalho prestado ou outros interessados

**Finalidade:** descrição da razão ou motivo do pedido

**Nome da(o) autora(or):** identificação do nome completo ou nome social completo da(o) psicóloga(o) responsável pela construção do documento, com a respectiva inscrição no Conselho Regional de Psicologia e titulação que comprove o conhecimento específico e competência no assunto.

#### 2. DESCRIÇÃO DA DEMANDA

**DESCREVER AS INFORMAÇÕES, MOTIVOS E RAZÕES QUE PRODUZIRAM O PEDIDO DE PARECER.** § 3.º Destina-se à transcrição do objetivo da consulta ou demanda. Deve-se apresentar as informações referentes à demanda e finalidades do parecer. I - A descrição da demanda deve justificar a análise realizada.

#### 3. ANÁLISE

**ANALISAR A QUESTÃO EXPLANADA E ARGUMENTAR COM BASE NOS FUNDAMENTOS ÉTICOS, TÉCNICOS E CONCEITUAIS DA PSICOLOGIA.** § 4.º A discussão da questão específica do Parecer Psicológico se constitui na análise minuciosa da questão explanada e argumentada com base nos fundamentos éticos, técnicos e/ou conceituais da Psicologia, bem como nas normativas vigentes que regulam e orientam o exercício profissional. (colocar referências no rodapé ou ao final).

#### 4. CONCLUSÃO

**APRESENTAR POSICIONAMENTO SOBRE A QUESTÃO PROBLEMA OU DOCUMENTOS PSICOLÓGICOS QUESTIONADOS.** § 5.º Neste item, a(o) psicóloga(o)

apresenta seu posicionamento sobre a questão-problema ou documentos psicológicos questionados. I - O documento deve ser encerrado com indicação do local, data de emissão, carimbo, em que conste nome completo ou nome social completo da(o) psicóloga(o), acrescido de sua inscrição profissional, com todas as laudas numeradas, rubricadas da primeira até a penúltima lauda, e a assinatura da(o) psicóloga(o) na última página. II - É facultado à(o) psicóloga(o) destacar, ao final do parecer, que este não poderá ser utilizado para fins diferentes do apontado no item de identificação, que possui caráter sigiloso, que se trata de documento extrajudicial e que não se responsabiliza pelo uso dado ao parecer por parte da pessoa, grupo ou instituição, após a sua entrega ao beneficiário, responsável legal e/ou solicitante do serviço prestado.

Declaro ainda que este documento não poderá ser utilizado para fins diferente da sua finalidade pois trata-se de documento sigiloso e extrajudicial.

## 5. REFERÊNCIA

Cidade, Estado, dia, mês, ano

NOME COMPLETO DO PSICÓLOGO NÚMERO DO  
REGISTRO DO CONSELHO (CRP)

**RUBRICA-SE DA PRIMEIRA ATÉ A PENÚLTIMA LAUDA, ASSINANDO A ÚLTIMA**

(INSERIR LOGOTIPO)

## 6.0 ANAMNESE

### ANAMNESE ADULTO

Data do atendimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### 1 – IDENTIFICAÇÃO:

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

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Grau de instrução: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Residência (Cidade/Estado): \_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

#### 2 – ATENDIMENTO:

Frequência: \_\_\_\_\_

Data/hora: \_\_\_\_\_

#### a) Queixa Principal:

---

---

**b) Secundária:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**c) Sintomas:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3 – HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:**

**a. Início da patologia:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**b. Frequência:**

---

---

---

---

**c. Intensidade:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**d. Tratamentos anteriores:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**e. Medicamentos:**

---

---

#### **4 – HISTÓRICO PESSOAL:**

##### **a) Infância:**

---

---

---

---

---

---

---

---

##### **b) Rotina:**

---

---

---

---

---

---

---

---

##### **c) Vícios:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**d) Hobbies:**

---

---

---

---

---

---

---

**e) Trabalho:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**5 – HISTÓRICO FAMILIAR:**

**a) Pais:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**b) Irmãos:**

---

---

---

---

---

---

**c) Cônjuge:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**d) Filhos:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**e) Lar:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**f) Patológica Progressiva (enfermidades e tratamentos atuais e anteriores):**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**6 – EXAME PSÍQUICO:**

**a. Aparência:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**b. Comportamento:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**c. Atitude para com o entrevistador:**

( ) cooperativo ( ) resistente ( ) indiferente

**d. Orientação:**

( ) Autoidentificatória ( ) corporal ( ) temporal ( ) espacial ( ) orientado em relação a patologia

Observações:

---

---

---

---

**e. Atenção:**

Vigilância:

---

Tenacidade:

---

**f. Memória:**

---

---

---

---

---

---

---

**g. Inteligência:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**h. Senso percepção:**

( ) normal ( ) Alucinação

**i. Pensamento:**

( ) acelerado ( ) retardado ( ) fuga ( ) bloqueio ( ) prolixo ( ) repetição

\* Conteúdo:

( ) obsessões ( ) hipocondrias ( ) fobias ( ) delírios

\* expansão do eu:

( ) grandeza ( ) ciúme ( ) reivindicação ( ) genealógico ( ) místico, de missão

salvadora ( ) deificação ( ) erótico ( ) de ciúmes ( ) invenção ou reforma

( ) ideias fantásticas ( ) excessiva saúde ( ) capacidade física ( ) beleza

( ) outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* retração do eu:

( ) prejuízo ( ) auto-referência ( ) perseguição ( ) influência

( ) possessão ( ) humildades ( ) experiências apocalípticas

( ) outros:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* negação do eu:

( ) hipocondríaco ( ) negação e transformação corporal ( ) autoacusação ( ) culpa

( ) ruína ( ) niilismo ( ) tendência ao suicídio ( ) outros:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**j. Linguagem:**

- ( ) *disartrias* (má articulação )
- ( ) *afasias, verbigeração* (repetição de palavras)
- ( ) *parafasia* (emprego inapropriado de palavras com sentidos parecidos)
- ( ) *neologismo*
- ( ) *mussitação* (voz murmurada em tom baixo)
- ( ) *logorréia* (fluxo incessante e incoercível de palavras)
- ( ) *para-respostas* (responde a uma indagação com algo que não tem nada a ver com o que foi perguntado)

**k. Afetividade:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**l. Humor:**

- ( ) normal ( ) exaltado ( ) baixa de humor ( ) quebra súbita da tonalidade do humor durante a entrevista

**m. Consciência da doença atual:**

- ( ) sim ( ) parcialmente ( ) não

**7 – HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

---

---

---

---

---



## Formulário de Auxílio à Coleta da História

Baseado em: Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2010). *Conceitualização de casos colaborativa*. Porto Alegre, Artmed.

### APOIO PARA CONHECER VOCÊ MELHOR

O propósito deste questionário é obter algumas informações sobre seu passado que possam nos ajudar a entender o contexto mais amplo de sua situação atual. Teremos oportunidade de discutir as suas dificuldades em detalhes, mas poderemos não ter tempo para discutir todos os aspectos de sua história e momento de vida atual. Este formulário lhe dá a oportunidade de nos fornecer um quadro mais completo e de fazer isso no seu próprio ritmo. Algumas questões são bem factuais, enquanto que outras têm uma natureza mais subjetiva. Se você achar difícil alguma parte do formulário, por favor, deixe em branco e poderemos discutir na sua entrevista. Enquanto isso, se você tiver algum problema em preencher alguma das seções, por favor, não hesite em nos contatar. **Todas as informações que você fornecer neste formulário são confidenciais.**

### SEUS DADOS PESSOAIS

Nome		Estado civil	
Data de nascimento		Religião	
Sexo		Endereço	
Ocupação		Telefone	

### SUAS DIFICULDADES E OBJETIVOS

Por favor, liste resumidamente as três dificuldades principais que o levaram a buscar ajuda.

1.
2.
3.

Por favor, diga o que você deseja alcançar com a terapia.

1.

### VOCÊ E SUA FAMÍLIA

1. Qual seu local de nascimento? \_\_\_\_\_

2. Por favor, dê alguns detalhes sobre seu **PAI** (se souber)

- Qual a idade dele atualmente? \_\_\_\_\_
- Se ele já não está vivo, com que idade morreu? \_\_\_\_\_
- Que idade você tinha quando ele morreu? \_\_\_\_\_
- Qual é, ou era, a ocupação dele? \_\_\_\_\_

Por favor, conte alguma coisa sobre seu pai, seu caráter ou personalidade, e o seu relacionamento com ele.

3. Por favor, dê alguns detalhes sobre sua **MÃE** (se souber)

- Qual a idade dela atualmente? \_\_\_\_\_
- Se ela já não está viva, com que idade morreu? \_\_\_\_\_
- Que idade você tinha quando ela morreu? \_\_\_\_\_
- Qual é, ou era, a ocupação dela? \_\_\_\_\_

Por favor, conte alguma coisa sobre sua mãe, seu caráter ou personalidade, e o seu relacionamento com ela.

4. Se existiram/existem problemas no seu relacionamento com seus pais, por favor, descreva-o(s) mais importante(s).

O quanto isso o incomoda atualmente? (por favor, circule)

**Em absoluto**

**Um pouco**

**Moderadamente**

**Muito**

**Não poderia  
ser pior**

**Seus irmãos e irmãs** (se souber).

5. Quantos filhos, incluindo você, há na sua família? \_\_\_\_\_

Por favor, dê seus nomes e outros detalhes listados abaixo. Inclua você e, por favor, comece pelo mais velho. Inclua também meio-irmãos, filhos de padrasto ou madrasta ou outras crianças adotadas por seus pais e indique quem são elas.

Nome	Ocupação	Idade	Sexo	Comentários
			M / F	
			M / F	
			M / F	
			M / F	
			M / F	
			M / F	

6. Por favor, descreva as relações importantes com seus irmãos, se são benéficas ou problemáticas para você.

7. Como era o clima geral na sua casa?

8. Houve alterações importantes, por exemplo, mudanças ou outro evento significativo, durante a sua infância ou adolescência? Inclua alguma separação da família. Por favor, dê as idades aproximadas e detalhes.

9. Houve mais alguém que tenha sido importante para você durante a sua infância (p. ex., avós, tias/tios, amigo da família, etc.)? em caso afirmativo, você poderia nos contar alguma coisa sobre ele?

10. Alguém na sua família já recebeu tratamento psiquiátrico? **Sim Não Não tenho certeza**

11. Alguém na sua família tem história de doença mental, álcool ou abuso de drogas? **Sim Não Não tenho certeza**

Em caso afirmativo, por favor, preencha:

Membro da família	Lista de problemas psiquiátricos específicos, abuso de álcool ou drogas
1.	
2.	
3.	

4.	

12. Algum membro da sua família já teve uma tentativa de suicídio? S / N

Em caso afirmativo, qual seu grau de parentesco com essa pessoa? \_\_\_\_\_

13. Algum membro da sua família já morreu por suicídio? S / N

### SUA EDUCAÇÃO

1. (a) Por favor, conte-nos alguma coisa sobre a sua escolaridade e a sua educação.

(b) Você gostava de escola? Houve algum sucesso ou dificuldade em particular? Quais foram os mais importantes?

O quanto isso o incomoda? (por favor, circule)

**Em absoluto      Um pouco      Moderadamente      Muito      Não poderia ser pior**

### SUA HISTÓRIA LABORAL / PROFISSIONAL

1. Que atividade ou papel principal você desempenha atualmente?

2. Por favor, conte-nos alguma coisa sobre a sua vida laboral passada, incluindo os empregos e os cursos / formações / treinamentos que realizou.

3. Houve dificuldades particulares? Quais foram as mais importantes?

### EXPERIÊNCIA DE ACONTECIMENTOS PERTURBADORES

1. Às vezes acontecem coisas às pessoas que são extremamente perturbadoras – coisas como estar em uma situação de ameaça à vida, como um desastre importante, um acidente muito grave ou um incêndio;

ser agredido fisicamente ou estuprado; ou ver uma pessoa ser morta, muito ferida ou ficar sabendo de algo terrível que aconteceu a alguém próximo a você. Em algum momento durante sua vida, algum deste tipo de coisas aconteceu com você?

- (a) Em caso negativo, por favor, marque aqui. \_\_\_\_  
 (b) Em caso afirmativo, por favor, liste os eventos traumáticos.

Descrição breve	Data (mês/ano)	Idade
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Caso você tenha listado algum evento: Às vezes coisas ficam voltando em pesadelos, *flashbacks* (lembra indesejadas) ou pensamentos dos quais você não consegue se livrar. Isso já aconteceu com você? **Sim Não**

Em caso negativo: E quanto a ficar muito perturbado quando você esteve em uma situação que lhe fez lembrar de uma dessas coisas terríveis? **Sim Não**

- |  |            |            |                          |
|--|------------|------------|--------------------------|
| 1. Você alguma vez passou pela experiência de abuso físico quando criança?                                 | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>Não tenho certeza</b> |
| 2. Você alguma vez passou pela experiência de abuso físico quando adulto?                                  | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>Não tenho certeza</b> |
| 3. Você alguma vez passou pela experiência de abuso sexual quando criança?                                 | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>Não tenho certeza</b> |
| 4. Você alguma vez passou pela experiência de violência sexual, incluindo encontros amorosos ou conjugais? | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>Não tenho certeza</b> |
| 5. Você alguma vez passou pela experiência de abuso emocional ou verbal quando criança?                    | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>Não tenho certeza</b> |
| 6. Você alguma vez passou pela experiência de abuso emocional ou verbal quando adulto?                     | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>Não tenho certeza</b> |

### SEU PARCEIRO E SUA FAMÍLIA ATUAL

1. Sobre o(s) seu(s) **parceiro(s)**

- (a) Por favor, descreva brevemente relacionamento(s) anterior(es) importante(s), em ordem cronológica. Inclua o tempo que durou e porque você acha que o(s) relacionamento(s) terminavam.
- (b) Você tem algum parceiro atualmente? Em caso positivo,  
Qual a idade dele/dela? \_\_\_\_\_  
Qual a ocupação dele/dela? \_\_\_\_\_  
Há quanto tempo vocês estão juntos? \_\_\_\_\_
- (c) Por favor, conte-nos alguma coisa sobre seu/sua parceiro(a), seu caráter ou personalidade, e o seu relacionamento com ele/ela. O que você gosta nessa relação?
- (d) Se houver problemas no relacionamento com o seu/sua parceiro(a), por favor, descreva o(s) mais importante(s).

O quanto isso o(a) incomoda atualmente? (por favor, circule)

**Em absoluto      Um pouco      Moderadamente      Muito      Não poderia ser pior**

2. Como é a sua vida sexual? Você tem alguma dificuldade em sua vida sexual? Em caso positivo, por favor, tente descrevê-la.

O quanto isso o(a) incomoda atualmente? (por favor, circule)

**Em absoluto      Um pouco      Moderadamente      Muito      Não poderia ser pior**

3. Sobre seus **filhos** (se souber)

(a) Se você tiver filhos, liste-os por ordem de idade. Por favor, indique algum filho de casamento(s) anterior(es) e filho(s) adotado(s); indique quem eles são.

Nome	Ocupação	Idade	Sexo	Comentários
			M / F	
			M / F	
			M / F	
			M / F	
			M / F	

			M / F	
--	--	--	-------	--

(b) Por favor, descreva seu relacionamento com seu(s) filho(s). Se houver alguma dificuldade com seus filhos, por favor descreva a(s) mais importante(s).

O quanto isso o(a) incomoda atualmente? (por favor, circule)

**Em absoluto**

**Um pouco**

**Moderadamente**

**Muito**

**Não poderia ser pior**

### SUA HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

1. Você já foi hospitalizado por algum motivo emocional ou psiquiátrico? S / N

Em caso afirmativo, quantas vezes você foi hospitalizado? \_\_\_\_\_

<b>Data</b>	<b>Nome do hospital</b>	<b>Razão para hospitalização</b>	<b>Foi útil?</b>
			S / N
			S / N
			S / N

2. Você já recebeu tratamento psiquiátrico ou psicológico ambulatorial? S / N

Em caso afirmativo, preencha o seguinte:

<b>Data</b>	<b>Nome do hospital</b>	<b>Motivo do Tratamento</b>	<b>Foi útil?</b>
			S / N
			S / N
			S / N

3. Você está tomando alguma medicação por motivos psiquiátricos? S / N

Em caso afirmativo, preencha o seguinte:

<b>Medicação</b>	<b>Dosagem</b>	<b>Frequência</b>	<b>Médico que prescreveu</b>	<b>Especialidade</b>

Você já tentou suicídio? S / N

Em caso afirmativo, quantas vezes você tentou suicídio? \_\_\_\_\_

<b>Data aproximada</b>	<b>O que exatamente você fez na tentativa de tirar a própria vida?</b>	<b>Você foi hospitalizado?</b>
		S / N
		S / N
		S / N
		S / N

**SUA HISTÓRIA MÉDICA**

1. Você tem um médico de referência que você visita para realização de revisões de rotina?

Nome	
Especialidade	
Endereço	
Telefones	

2. Quando foi a última vez que você fez um *check-up*? \_\_\_\_\_

3. Você foi tratado pelo seu clínico geral ou foi hospitalizado neste último ano? S / N

Em caso afirmativo, por favor, especifique. \_\_\_\_\_

4. Houve alguma mudança na sua saúde geral neste último ano? S / N

Em caso afirmativo, por favor, especifique. \_\_\_\_\_

5. No momento você está tomando alguma medicação por razões não-psiquiátricas? S / N

<b>Medicação</b>	<b>Dosagem</b>	<b>Frequência</b>	<b>Razão</b>
1.			
2.			
3.			
4.			

6. Você já teve ou tem uma história de (marque todos os que se aplicam):

- Derrame
- Asma
- Tuberculose
- Úlcera
- Diabete
- Febre reumática
- Sopro cardíaco
- Anemia
- Hiper ou hipotensão
- Cirurgia cardíaca
- Ataque cardíaco
- Angina
- Problemas de tireóide

**Sim Não**

7. Você está grávida ou acha que pode estar?

8. Você já teve ataque, acessos, convulsões ou epilepsia?

**Sim Não**

9. Você tem prótese de válvula cardíaca?

**Sim Não**

10. Você tem alguma condição médica atual? Em caso positivo, especifique:

**Sim Não**

### HISTÓRIA DE USO DE ÁLCOOL E DROGAS

1. O seu uso de álcool já lhe causou algum problema?

**Sim Não**

2. Alguém já lhe disse que o álcool lhe causava algum problema ou reclamou sobre seu comportamento de beber?

**Sim Não**

3. O seu uso de drogas já lhe causou algum problema?

**Sim Não**

4. Alguém já lhe disse que as drogas lhe causavam algum problema ou reclamou sobre o seu uso delas?

**Sim Não**

5. Você já ficou “viciado” em alguma medicação prescrita ou já tomou mais do que deveria? Em caso afirmativo, por favor liste essas medicações:

**Sim Não**

6. Você já foi hospitalizado, entrou em programa de desintoxicação ou esteve em algum programa de reabilitação por problemas com alguma droga ou álcool? Em caso afirmativo, quando e onde você foi hospitalizado?

**Sim Não**

### SUAS PERSPECTIVAS QUANTO AO FUTURO

1. Por favor, mencione alguma satisfação particular que você obtém com a sua família, com sua vida laboral ou com outras áreas que são importantes para você.

2. Você poderia nos contar alguma coisa sobre seus planos, suas esperanças e suas expectativas para o futuro?

3. Por favor, poderia nos contar como se sentiu preenchendo este questionário?

*OBRIGADO*

(INSERIR LOGOTIPO)

## FICHA DE ANAMNESE INFANTIL

### I – IDENTIFICAÇÃO

1. Nome \_\_\_\_\_
2. Idade: Sexo: ( ) M ( ) F
3. Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### II – DADOS FAMILIARES

01. Nome do pai: \_\_\_\_\_
02. Nome da mãe: \_\_\_\_\_
03. Responsável pelo(a) aluno(a): \_\_\_\_\_
04. N° de irmãos / sexo / idade: \_\_\_\_\_
05. Posição no bloco familiar: \_\_\_\_\_
06. Pais: ( ) Casados ( ) Separados Reação da criança à situação:

---

---

---

---

**Em caso de separação, a criança vive com quem?**

---

---

---

**07. Filho:** ( ) Biológico ( ) Adotivo

A criança é ciente de sua adoção? ( ) Sim ( ) Não

**Observação: Reação da criança à situação**

---

---

---

**Marque com SIM ou NÃO para as alternativas abaixo, utilize a linha para especificar algo que acredite ser importante.**

**08. Histórico:**

**8.1. Gestação:** ( ) Completa ( ) Prematura

**8.2. Saúde da mãe durante a gravidez:** ( ) Doenças ( ) Inquietações

**8.3. Parto:** ( ) Normal ( ) Cesariana ( ) Induzido

**8.4. Amamentação:** ( ) Materna ( ) Artificial

**8.5. Apresentou atraso ou problema na fala?** ( ) N ( ) S

**8.6. Dificuldades ou atraso no controle do esfíncter?** ( ) N ( ) S

**8.7. Tem enurese noturna?** ( ) N ( ) S

**8.8. Seu desenvolvimento motor foi no tempo esperado?** ( ) N ( ) S

**8.9. Perturbações (pesadelos, sonambulismo, agitação, etc.):** ( ) N ( ) S

**8.10. Possui hábitos especiais (requer a presença de alguém, medos, etc.):** ( ) N ( ) S

**Troca letras, fonemas?** ( ) N ( ) S

**Quais?**

---

---

---

**Fatos que afetaram o desenvolvimento do(a) aluno(a) (acidentes, operações, traumas etc.) ou outras ocorrências:**

---

---

---

---

**09.Estado Atual da Criança**

---

---

---

---

**Apresenta alguma dificuldade:**

**Na fala: ( ) N ( ) S Qual?**

---

---

---

---

**Na visão: ( ) N ( ) S Qual?**

---

---

---

---

**Locomoção: ( ) N ( ) S Qual?**

---

---

---

---

**É dependente em quais nas AVDs (atividades de vida diária)?**

**Toma banho sozinho? ( ) N ( ) S**

**Escova os dentes sozinho? ( ) N ( ) S**

**Usa o banheiro sozinho? ( ) N ( ) S**

**Necessita de auxílio para se vestir ou despir? ( ) N ( ) S**

**10. Em que idade se deu a retirada das fraldas?**

---

---

---

---

**11. Tendências Próprias:**

**Atende as intervenções quando está desobedecendo? ( ) N ( ) S**

**Apresenta choro fácil? ( ) N ( ) S**

**Recusa auxílio? ( ) N ( ) S**

**Tem resistência ao toque (afago, carinho). ( ) N ( ) S**

**12. Escolaridade:**

**A criança já estudou antes em outra escola? Qual: \_\_\_\_\_**

**Motivo da transferência: \_\_\_\_\_**

Já repetiu alguma série? ( ) N ( ) S Se sim, qual? \_\_\_\_\_

A criança recebe algum tipo de orientação quanto aos deveres de casa? ( ) N ( ) S

Quem oferece? Durante quanto tempo?

---

---

---

---

**13. Participa de algumas das atividades abaixo?**

( ) Curso de língua estrangeira. Qual(is)? \_\_\_\_\_

( ) Modalidades esportivas. Qual(is)? ( ) Dança. Qual(is)? \_\_\_\_\_

( ) Instrumento musical. Qual(is)? \_\_\_\_\_

**14. Sociabilidade:**

Faz amigos com facilidade? Adapta-se facilmente ao meio?

---

---

---

---

Quem são os companheiros da criança nas brincadeiras?

---

---

---

---

Escolha de grupo:

( ) Mesmo sexo ( ) Sexo oposto ( ) Criança da mesma idade ( ) Criança mais nova

( ) Criança mais velha

Distrações preferidas:

Televisão  Música  Leitura  Coleção  Computador  Outros.  
Quais?

---

---

---

**Atitudes sociais predominantes: (assinalar)**

Obediente  Independente  Comunicativo

Agressivo  Cooperador

**Emocionais:**

Tranquilo  Seguro  Ansioso

Alegre  Emotivo  Queixoso

**Observações:**

---

---

---

---



(INSIRA A LOGOMARCA)

<b>PRONTUÁRIO Nº</b>	
Data de abertura:	_____ / _____ / _____

### ANAMNESE – INFANTIL e ADOLESCENTE

#### 1 - Identificação

Nome da criança e/ou adolescente:

\_\_\_\_\_

Sexo: ( ) masc. ( ) fem.

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ anos e \_\_\_ m.

É filho: ( ) natural ( ) adotivo

Fone(s): \_\_\_\_\_ Res: Recado: \_\_\_\_\_ ( falar com \_\_\_\_\_ )

Trab.Mãe: \_\_\_\_\_ Trab.Pai: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Endereço residencial do cliente: Rua/ Av:

\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade/ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Local de trab. do pai e mãe:

---

Obs:

---

Nome do responsável que trouxe para o atendimento:

---

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Data nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Quem encaminhou ao atendimento: \_\_\_\_\_

Por que? \_\_\_\_\_

## 2 – Dados da Escola

Série: \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_ grau .

Estuda no período: ( ) manhã ( ) tarde ( ) noite ( ) integral

Nome da escola:

---

Endereço da escola: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

( ) Particular ( ) Estadual ( ) Municipal ( ) Abrigo

( ) Outro: \_\_\_\_\_

### 3 - Disponibilidade de horários

Assinale com um X nos dias e períodos do dia disponíveis para vir aos atendimentos:

Dia da semana	2 <sup>a</sup> -feira	3 <sup>a</sup> -feira	4 <sup>a</sup> -feira	5 <sup>a</sup> -feira	6 <sup>a</sup> -feira
<b>Manhã</b>					
<b>Tarde</b>					

OBS.: \_\_\_\_\_



<b>4 - Núcleo familiar</b>							
<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Natural de</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Reside com você?</b>	<b>Observações (morte, etc)</b>
Pai:							
Mãe:							
Irmãos:							
Caso seja casado, cônjuge:							
Filhos do cliente (caso tenha):							
Outras pessoas que moravam ou moram com a família (indicar):							

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5 – Condições Sócio – Econômicas

(Obs: a condição econômica não influenciará nas condições de atendimento, elas visam somente registrar dados sobre a clientela da clínica)

Mora em casa: ( ) própria ( ) alugada ( ) financiada ( ) emprestada

( ) junto a parentes.

Quem? \_\_\_\_\_

Quantos cômodos tem a casa? \_\_\_\_ Para quantas pessoas? \_\_\_\_\_

Como é a casa? ( ) bem acabada ( ) rebocada ( ) sem reboco

Obs: \_\_\_\_\_

Costumam mudar muito de residência? ( ) não ( ) sim

Por quê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Renda familiar em salários mínimos:

( ) 1 ( ) 1 a 2 ( ) 2 a 3 ( ) 3 a 5 ( ) 5 a 10 ( ) 10 a 20 ( ) mais de 20

Quem contribui para a renda familiar?

\_\_\_\_\_

Possui convênio médico? ( ) sim ( ) não Qual?

---

Assinale quantos dos bens abaixo a família possui em casa no quadro correspondente:

<b>Dados de classificação sócio-econômica</b>	<b>Não tem</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3 ou mais</b>
Banheiro (incluindo lavabo)				
Rádio (incluindo a pilha)				
Máquina de lavar roupas				
Tanquinho				
Automóvel				
Televisor (preto e branco)				
Televisor (em cores)				
Vídeo cassete				
Geladeira				
Forno de microondas				
Telefone celular				
Computador				
Vídeo game				
Empregada mensalista (trabalha todos os dias)				
Babá				

Possui bens imóveis: ( ) sim ( ) não Quais:

---

6 - Dados sobre a família

Algum dos filhos é adotivo? Qual?

---

Algum filho mora com outras pessoas? ( )sim ( )não

Porque? \_\_\_\_\_

---

Houve algum aborto? ( ) sim ( ) não Quantos? \_\_\_\_\_

( ) natural ( ) provocado

Morreu algum filho?

Quando? \_\_\_\_\_ Com que idade? \_\_\_\_\_

Causa: \_\_\_\_\_

Qual a idade do paciente na ocasião?

---

Quem mora na casa?

( ) pai ( ) mãe ( ) avó ( ) avô ( ) tios ( ) outros:

---

Os pais já tiveram tratamento psicológico ou psiquiátrico? ( ) Pai ( ) Mãe

Quando? \_\_\_\_\_

Em que Instituição?

\_\_\_\_\_

Por quê?

\_\_\_\_\_

Nome da Instituição e/ou do profissional que o  
atendeu: \_\_\_\_\_

Que tipo de tratamento recebeu? \_\_\_ Terminou?

( ) sim ( ) não.

21 Por que: \_\_\_\_\_

O pai tem algum problema? Qual?

\_\_\_\_\_

Toma algum medicamento? Qual?

\_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

A mãe tem algum problema? Qual?

\_\_\_\_\_

Toma algum medicamento? Qual?

\_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Outras observações sobre os pais:

---

A família possui alguma crença religiosa?

Qual? \_\_\_\_\_

Frequentam-na? ( )sim ( )não

Qual a orientação dada aos filhos a respeito?

---

Qual o grau de escolaridade do pai?

---

E da mãe?

---

Estudam atualmente? Quem? Por quê?

---

Hábitos:

Assistem TV: ( )sempre ( )algumas vezes ( )raramente ( )nunca

Lêem revistas: ( )sempre ( )algumas vezes ( )raramente ( )nunca

Lêem jornais ( )sempre ( )algumas vezes ( )raramente ( )nunca

Lêem livros: ( )sempre ( )algumas vezes ( )raramente ( )nunca

Ouvem músicas: ( )sempre ( )algumas vezes ( )raramente ( )nunca

Frequentam clube: ( )sempre ( )algumas vezes ( )raramente ( )nunca

Frequentam shows: ( )sempre ( )algumas vezes ( )raramente ( )nunca

Outras atividades: \_\_\_\_\_

Há costumes e tradições familiares atualmente?

( )sim ( )não

Quais?  
\_\_\_\_\_

Há deficientes mental na família?

( )sim ( )não.

Quem? \_\_\_\_\_

Há portadores de sofrimento mental?

( )sim ( )não

Quem? \_\_\_\_\_

Há algum caso de sífilis na família?

( )sim ( )não.

Quem? \_\_\_\_\_

Há alguém internado na família?

( )sim ( )não.

Quem? \_\_\_\_\_

Por quê? \_\_\_\_\_

Houve alguma tentativa de suicídio na família?

( )sim ( )não

Quem? \_\_\_\_\_

Houve alguma tentativa de homicídio na família?

( )sim ( )não

Quem? \_\_\_\_\_

O paciente apanha?

( ) sempre ( ) de vez em quando ( ) raramente ( ) nunca

De quem e por quê? Explique:

---

---

Há outras agressões na família?

Descreva e explique: \_\_\_\_\_

Há alguém com asma ou problemas alérgicos na família? ( )sim ( )não

Quem?

---

Há alguém viciado na família? ( )sim ( )não

Quem?

---

Em quê?

( ) álcool ( ) fumo ( ) drogas. Qual?

---

Há projetos / planos da família? Quais?

---

Qual a expectativa com relação à escolaridade dos filhos?

---

O que pensa sobre o futuro deste filho?

---

## 7 - História do paciente

### Gravidez, parto e puerpério

A gravidez foi planejada? ( ) sim ( ) não

Fez acompanhamento pré-natal?

( ) sim, a partir do\_\_mês. ( ) não

Qual era o sexo desejado pela mãe?

( ) feminino ( ) masculino ( ) indiferente

Qual era o sexo desejado pelo pai?

( ) feminino ( ) masculino ( ) indiferente

Havia problemas na família durante a gravidez? De que tipo?

---

---

A gravidez alterou algum plano feito anteriormente pela família?

---

---

Existia algum pensamento ruim em relação ao feto durante a gravidez?

---

Qual?

---

---

Em relação ao parto?

---

Onde foi feito o parto?

---

O médico estava presente?

---

O pai estava presente?

---

Qual a duração do trabalho de parto?

---

Rompeu a bolsa antes do nascimento?

---

Houve dilatação? \_\_\_\_\_

O parto foi:      natural            cesariana      fórceps

Chorou logo ao nascer?  sim    não

Ficou roxo?  sim    não

Precisou de oxigênio?  sim    não

Teve icterícia?  sim    não

Observações sobre o parto:

---

---

Como a mãe reagiu ao nascimento do filho(a):

---

---

E o pai?

---

Como foi a reação da mãe ao receber o filho para a primeira mamada?

---

Como a criança se comportou ao seio? Pegou rápido? ( )sim ( )não

Sugou bem? ( )sim ( )não

Obs:

---

---

Houve dificuldades nos primeiros cuidados com a criança? ( ) sim ( ) não

Quem cuidou da criança nos primeiros dias de vida?

---

Por que?

---

Por quanto tempo?

---

Usou chupeta? ( )sim ( )não

Por quê?

---

Quando foi retirada? \_\_\_\_\_

De que maneira? \_\_\_\_\_

Chupou dedo? ( )sim ( )não

Até quando?

---

Dormiu no quarto dos pais? ( ) sim ( ) não

Por quanto tempo?

---

Por quê?

---

O nascimento alterou a relação do casal? Em quê?

---

---

### **Alimentação**

Até que idade mamou ao seio?

---

Como foi a retirada do seio?

---

Tomou mamadeira? ( ) sim ( ) não Até quando?

Com que idade começou a receber outro tipo de alimentação?

---

Qual foi a alimentação?

---

Do que gostava?

---

Do que não gostava?

---

Como reagia?

---

Quem dava alimentação para a criança?

---

Rejeitava alimentos?

---

Como os pais reagem a isso?

---

Atualmente, como se alimenta?

---

### **Sono**

Quando bebê, dormia bem?

---

E atualmente?

---

Em que horários costuma dormir?

---

Tem cama individual? ( ) sim ( ) não

Mexe-se muito dormindo? ( ) sim ( ) não

Baba?

( ) sim ( ) não

Anda?

( ) sim ( ) não

Fala?

( ) sim ( ) não

Grita?

( ) sim ( ) não

Range os dentes?

( )sim ( )não

Arregala os olhos?

( )sim ( )não

Se sim, reconhece as pessoas?

( )sim( )não

Quando acorda à noite procura os pais?

( )sim ( )não

Acorda várias vezes?

( )sim ( )não

Tem pesadelos constantes?

( )sim ( )não

Transpira muito durante o sono?

( )sim ( )não

Urina na cama?

( )sim ( )não

Como reage quando faz isso?

---

E os pais, como reagem?

---

## Desenvolvimento psicomotor e linguagem

Com quanto tempo:

Sustentou a cabeça ?

---

Sentou?

---

Engatinhou?

---

Andou?

---

Permanecia muito tempo no quadrado ou chiqueirinho? ( )sim ( )não

Alguém ensinou-a a andar?

Quem? \_\_\_\_\_

Depois de aprender a andar, parou de fazê-lo em alguma ocasião? ( ) sim ( ) não

Por quê? \_\_\_\_\_

Quando falou as primeiras palavras? \_\_\_\_\_

Falou ou fala corretamente? ( )sim ( ) não

Trocava ou troca letras? ( )sim ( ) não

Quais? \_\_\_\_\_

Gaguejou ou gagueja? ( )sim ( )não

Os pais tinham hábito de conversar com a criança, mesmo quando esta ainda não falava?

( )sim ( )não

Falavam naturalmente ou usavam linguagem infantil?

( )naturalmente ( )infantil

Depois de aprender a falar, parou de fazê-lo em alguma ocasião? Por quê?

---

Com que idade controlou a urina durante o dia ?

---

E durante a noite?

---

Com que idade controlou as fezes durante o dia?

---

E durante a noite?

---

Como aprendeu estes controles?

---

Quem ensinou?

---

Depois de aprender a controlar (urina e fezes), em alguma ocasião deixou de fazê-lo?  
Por quê?

---

Quanto à lateralidade é:     ( )destra     ( )canhota     ( )ambidestra

Obs:

---

### **Comportamentos e hábitos**

Roe unhas? ( )sim ( )não

Desde:\_\_\_\_\_

Razões dadas:

---

Morde os lábios? ( )sim ( )não

Desde:\_\_\_\_\_

Razões dadas:

---

Puxa os cabelos? ( )sim ( )não

Desde:\_\_\_\_\_

Razões dadas:

---

Tem algum tique? ( )sim ( )não

Desde: \_\_\_\_\_

Razões dadas:

---

Como os pais reagem a isso?

---

Prefere brincar:

( )sozinho ( )acompanhado?

Que tipo de brincadeira prefere?

---

Cuida dos brinquedos?

---

---

Tem amigos?

---

Normalmente, estes amigos são da mesma idade?

( )sim ( )não

Faz amizades facilmente?

( ) sim ( )não

Lidera nas brincadeiras?

( )sim ( )não

Quem escolhe os amigos?

---

Como se comporta em festas?

---

Costuma frequentar a casa dos amigos? ( )sim ( )não

Recebe amigos em casa? ( )sim ( )não

Que tipo de amigos tem? São de conhecimento dos pais? \_\_\_\_\_

### **Sexualidade**

Tem curiosidade sexual? ( )sim ( )não

Faz perguntas sobre:

Nascimento? ( )sim ( )não

Órgãos genitais? ( )sim ( )não

Sexo? ( )sim ( )não

Qual a atitude dos pais frente a essas perguntas?

---

Que nome usa para os órgãos genitais?

---

Mexe ou mexeu muito no órgão genital? ( )sim ( )não

Em que idade? \_\_\_\_\_

Qual a atitude dos pais frente a isso?

---

---

Já souberam de algum tipo de brincadeira sexual? ( )sim ( )não

De que tipo? Com quem?

---

---

Sofreu algum tipo de violência sexual? ( )sim ( )não

Qual? De quem?

---

Qual a atitude dos pais frente a isso?

---

No caso de adolescentes mais velhos favor responder sozinhos as questões abaixo:

Tem vida sexual ativa? ( ) sim ( ) não

Quando iniciou?

---

Já morou/mora junto com um parceiro ou foi casado/a? Explique:

---

Acredita ter orientações suficientes sobre assuntos ligados a sexo? ( )sim ( )não

Gostaria de saber mais sobre:

---

### **Escola**

Quando começou a frequentar a escola?

---

Como se adaptou à mesma? \_\_\_\_\_

Quem costuma levá-la à escola? \_\_\_\_\_

Houve alguma dificuldade em relação à aprendizagem?

\_\_\_\_\_

De que tipo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Em que ano? \_\_\_\_\_

Vai bem na escola? \_\_\_\_\_

Gosta da(s) professora(s)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tem dificuldade em:

Matemática? ( )sim ( )não

Que tipo? \_\_\_\_\_

Português? ( )sim ( )não

Na leitura? ( )sim ( )não

Na escrita? ( )sim ( )não

Estudos sociais? ( )sim ( )não

Que tipo? \_\_\_\_\_

É inquieto na classe? \_\_\_\_\_

Briga muito com os amigos? \_\_\_\_\_

Na escola mantém-se isolado dos colegas? ( )sim ( )não

Foi reprovado alguma vez?

( ) sim ( ) não Quando?

---

---

Por quê? \_\_\_\_\_

Mudou de escola? ( ) sim ( ) não Por quê?

---

---

Como os pais reagem quando tira notas baixas?

---

Alguém auxilia a criança nos estudos? ( ) sim ( ) não

Quem? \_\_\_\_\_

### **Saúde**

A criança / adolescente tem algum problema físico? ( ) sim ( ) não

Qual?

---

Tomou ou toma algum medicamento? ( ) sim ( ) não

Qual? \_\_\_\_\_

---

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Que doenças teve na infância?

---

Sofreu algum acidente? ( ) sim ( ) não

Como foi?

---

Enxerga bem? ( ) sim ( ) não

Ouve bem? ( ) sim ( ) não

Fala errado? ( ) sim ( ) não

Que erros comete:

---

Já esteve no médico oftalmologista (dos olhos)? ( ) sim ( ) não

Que médicos frequentou?

---

Já esteve em algum tipo de atendimento especializado? ( ) sim ( ) não

De que tipo? ( ) Psicológico ( ) Fonoaudiológico ( ) Psiquiátrico

( ) Psicopedagógico ( ) Outro \_\_\_\_\_

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_ Porque deixou? \_\_\_\_\_

Algum outro dado importante sobre a saúde dele / dela?

---

Quais as doenças que já teve, com que idade e qual a gravidade?

---

Sofreu algum tipo de operação? Qual? Com que idade?

---

Teve convulsão? Com que idade? Descreva a mesma.

---

A convulsão apareceu após a febre alta? ( )sim ( )não

Sofreu desmaios? ( )sim ( )não

Quando?

---

Já teve algum tombo de maior consequência? Quando? O que foi feito?

---

Teve algum tipo de acidente? Quando? Descreva.

---

Observações que o informante desejar fazer:

---

Nome do informante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_.

---

**Responsável pela anamnese:**

---

**Assinatura do supervisor(a):**



(INSERIR LOGOTIPO)

## ANAMNESE COMPULSÃO ALIMENTAR

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

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Ingiro grande quantidade de alimento, e não tenho controle sobre minha fome, sobre o que eu como?**

---

---

---

**Isso tem ocorrido pelo menos duas vezes por semana nos últimos seis meses?**

---

---

---

---

---

**Come sem sentir fome?**

---

---

---

**Como rápido demais?**

---

---

---

**Como até me sentir estufado?**

---

---

---

**Como sozinho por vergonha da quantidade que como?**

---

---

---

**Sinto culpa após comer?**

---

---

---

**Tenho sentimentos de angústia antes e após comer?**

---

---

---

(INSERIR LOGOTIPO)

## ANAMNESE AUTISMO

Escola: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### I. IDENTIFICAÇÃO

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

Série: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO:  
\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

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

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Instituto de Previdência: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Instituto de Previdência: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Informante: \_\_\_\_\_

## II. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome	Idade	Sexo	Estado Civil	Grau de parentesco	Instrução	Local de Trabalho
------	-------	------	--------------	--------------------	-----------	-------------------

Renda Familiar: \_\_\_\_\_

## III. QUEIXA OU MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

IDADE EM QUE FOI CONSTATADO O PROBLEMA:

---

PROVIDÊNCIAS TOMADAS NA OCASIÃO:

---

---

Apresenta dificuldades motoras e orientação espaciais visíveis

---

---

---

#### IV. ANTECEDENTES

A gestação foi planejada?

---

Causa de gestações interrompidas e/ou mortes (se ocorreram)

---

#### I. GESTAÇÃO

1. Como a mãe reagiu à notícia da gravidez? (explorar sensações psicológicas)

---

---

2. Fez tratamento pré-natal?

---

3. Sofreu alguma queda durante a gravidez (em que mês)? Qual parte do corpo afetada?

---

4. Teve doenças durante a gestação? Quais?

---

---

5. Tirou radiografias durante a gestação?

---

6. Que medicamentos usou? (vitaminas, comprimidos, calmantes)

---

---

---

7. Tomou vacina durante a gestação?

---

8. Teve ameaça de aborto?

---

9. Fez transfusão de sangue na gestação?

---

V. NASCIMENTO Parto:

1. A termo \_\_\_\_\_(meses)\_\_\_\_\_

2. Hospital ( ) Casa ( ) Com médico ( ) Parteira ( )

3. O parto foi normal ( ) fórceps ( ) cesariana( )

Por quê?

---

4. Tipo de anestesia: geral ( ) raquidiana ( ) peridural ( ) nenhuma ( )

5. Descrição do Parto (duração):

---

6. Posição do bebê: cabeça ( ) face ( ) mãos ( ) pés ( ) nádegas ( ) Outra ( )

7. Houve algum problema com o bebê logo que nasceu? Precisou de oxigênio?

---

8. Nasceu cainótico?

---

9. Chorou logo?

---

10. Qual o peso e tamanho?

- 
11. Teve icterícia? \_\_\_\_\_  
Como foi tratado? \_\_\_\_\_

## VI. DESENVOLVIMENTO

### a) Alimentação:

1. Como foi o aleitamento desde o nascimento até o desmame? E as reações à introdução de outros tipos de alimentação?

---

---

2. Teve ou tem problema para mastigar e/ou engolir?

---

3. Hábitos alimentares da criança (quantas refeições por dia, o que come, o que prefere, come muito, come pouco, foi ou é forçado a comer)

---

### b) Desenvolvimento Psicomotor:

1. Idade em que sustentou a cabeça? \_\_\_\_\_

2. Quando sentou sozinha? \_\_\_\_\_

3. Engatinhou? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

4. Quando andou? \_\_\_\_\_ Anda adequadamente? \_\_\_\_\_

5. Quando controlou os esfíncteres? \_\_\_\_\_

Anal: diurno \_\_\_\_\_ noturno \_\_\_\_\_

Vesical: diurno \_\_\_\_\_ noturno \_\_\_\_\_

Onde ficava a criança quando bebe

---

Se a criança sair sozinha, é capaz de voltar?

---

Perde-se com facilidade?

---

Caia muito quando pequena? \_\_\_\_\_

c) Linguagem:

1. Em que idade se deu o balbucio? \_\_\_\_\_

2. Quando falou as primeiras palavras? \_\_\_\_\_  
E as primeiras frases? \_\_\_\_\_

3. Apresenta algum problema de linguagem? \_\_\_\_\_

4. Apresenta gagueira? \_\_\_\_\_

5. Tem boa compreensão do que falam? \_\_\_\_\_

6. A criança foi estimulada a falar? \_\_\_\_\_

7. Quem conversava mais com a criança? \_\_\_\_\_

8. Contava histórias? \_\_\_\_\_

9. Teve acesso a livrinhos? \_\_\_\_\_

10. Quando a criança falava errado, qual a reação dos pais?

( A ) corrigia ( B ) achava bonito ( C ) engraçado

11. Alguém da família apresenta dificuldade de linguagem?

---

12. Gosta de ler?

---

d) Sono:

1. Como é o sono?

Calma ( ) sua quando dorme ( ) sonambulismo ( ) agitado ( ) fala dormindo

( ) range os dentes ( ) baba quando dorme ( )

2. A que horas costuma dormir a noite? \_\_\_\_\_

3. Apresenta problemas quando deve ir dormir? \_\_\_\_\_

4. Dorme durante o dia? \_\_\_\_\_

5. Tem algum hábito diferente antes de dormir?

\_\_\_\_\_

6. Dorme em quarto só seu? Divide com quem?

\_\_\_\_\_

7. Dorme em cama separada?

\_\_\_\_\_

e) Saúde

1. Consulta o médico regularmente e somente quando necessário?

\_\_\_\_\_

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

2. A criança teve convulsões? \_\_\_\_\_ desmaios? \_\_\_\_\_

3. Teve: Sarampo ( ) idade: \_\_\_\_\_

Coqueluche ( ) idade: \_\_\_\_\_

Febre alta ( ) idade: \_\_\_\_\_

Vermes ( ) idade: \_\_\_\_\_

Varicela ( ) idade: \_\_\_\_\_

Asma ( ) idade: \_\_\_\_\_

Caxumba: ( ) idade: \_\_\_\_\_

Traumatismo ( ) idade: \_\_\_\_\_

Alergia ( ) idade: \_\_\_\_\_

Bronquite ( ) idade: \_\_\_\_\_

4. Vacinas:

Tríplice ( ) Sabin ( ) Pólio ( )

Sarampo ( ) Caxumba ( ) Varíola ( ) Outras ( )

Reação:

---

5. Operações (do quê? Idade?):

---

6. Hospitalização (motivo, idade e duração):

---

7. Atendimento e medicamento em uso:

---

8. Visão:

Inclina a cabeça para olhar

---

Aproxima os objetos

---

Afasta os olhos

---

Franze a testa para diminuir o campo visual

---

Lacrimejamento excessivo dos olhos

---

Vermelhidão constante dos olhos

---

Cocceira excessiva e constante nos olhos

---

Assiste televisão a menos de 2,5m de distância

---

Movimento excessivo dos olhos

---

Reclama, constantemente, que a visão é turva

---

Dores de cabeça constantes, principalmente na região fronto-temporal

---

9. Garganta:

---

---

10.10.

Audição:

---

---

11. Defeito Físico:

---

---

12. Exames: Realizado em Resultado

Fezes ( )

---

Urina ( )

---

Sangue ( )

---

Visão ( )

---

Ouvido ( )

---

---

Garganta ( )

Coração ( )

---

---

Eletroencefalograma ( )

---

---

Radiologia ( )

---

---

f) Manipulação e Hábitos:

1. Usou chupeta? \_\_\_\_\_ até quando? \_\_\_\_\_

Ainda usa? \_\_\_\_\_

2. Chupou o dedo? \_\_\_\_\_ Até quando? \_\_\_\_\_ ainda faz? \_\_\_\_\_

Roeu unhas? \_\_\_\_\_ Até quando? \_\_\_\_\_ ainda faz? \_\_\_\_\_

3. Puxa a orelha?

---

4. Puxa os cabelos?

---

5. Morde os lábios?

---

6. Teve ou tem tiques? Quais?

---

g) Sexualidade

1. Já demonstrou curiosidade sexual?

---

---

2. Masturbação?

---

Em que idade?

---

Frequência?

---

3. Jogo sexual com outras crianças?

---

4. Atitude da família (itens 2 e 3):

---

---

---

5. Dificuldades nesta área (inclusive da família):

---

---

h) Sociabilidade

1. O que faz quando não está na escola?

---

---

---

2. Tem amigos?

---

---

1. Prefere brincar sozinha ou acompanhada?

---

---

2. É retraído ou extrovertido?

---

---

3. Faz amizade facilmente?

---

---

4. Briga facilmente?

---

5. Como reage às brincadeiras feiras com ela?

---

---

6. Prefere companheiros mais novos ou mais velhos?

---

---

7. Que tipo de brincadeiras prefere?

---

---

8. Demonstra ciúme em relação a algum amigo?

---

---

---

---

9. Fala sozinha

---

10. Brinca de faz de conta?

---

11. Imita animais?

---

Pessoas?

---

3. Quando tem algum problema como reage?

---

i) Vestuário e higiene / organização ( dificuldade)

1. Veste-se sozinha?

---

2. Toma banho, lava as mãos, penteia-se sozinha?

---

---

3. Calça meias e sapatos adequadamente?

---

---

4. Faz nó e laço?

---

---

5. Como organiza seus brinquedos?

---

6. Ajuda nas tarefas em casa?

---

7. Arruma os materiais escolares?

---

8. Todos ajudam? Quem é o mais organizado em casa?

---

---

9. Costuma colecionar alguma coisa?

---

10. Arruma o guarda-roupa?

---

11. Como fica o banheiro depois do banho?

---

## VII. ANTECEDENTES FAMILIARES (relativos aos familiares até avós e tios-avós):

1. Deficiência Física

---

2. Deficiência Mental

---

3. Alguém nervoso na família?

Quem?

---

Qual a reação quando nervoso?

---

---

4. Alcoolismo

---

5. Asma

---

6. “Ataque”

---

7. Suicídio

---

8. Alergia

---

9. Dificuldade Escolar

---

10. Morte não elaborada pela criança

---

---

## VIII. RELACIONAMENTO FAMILIAR

1. Existem conflitos?

---

2. A criança é protegida por quem?

---

---

1. É rejeitada?

---

Por quem ?

2. Com quem fica quando os pais saem?

3. Relacionamento entre os pais:

4. Entre a mãe e a criança?

5. Entre o pai e a criança ?

6. Entre irmãos?

7. Existe outro parente vivendo na casa?

Quem?

8. Quem conversa mais com a criança?

9. A criança mostra-se dependente de alguém da família?

Quem?

10. É comparado com algum irmão ou parente?

3. Os pais realizam alguma atividade juntamente com a criança (brincar, criar, trabalhar, assistir tv, etc.)?

---

4. A criança é responsável por atividade em casa/ O que faz?

---

---

5. Prefere estar em grupos ou isolada?

---

6. Ao realizar uma tarefa com certo grau de dificuldade tenta evita-la? Desviando a atenção para seus próprios pensamentos? ( Na hora da lição quer tomar lanche)

---

---

7. Demonstra comportamento de fuga?

---

---

8. Reclama de ir para a escola?

---

## IX.ESCOLARIDADE

1. Histórico escolar (Jardim – Pré):

---

---

---

Escolas que frequentou

---

---

---

---

---

1. Queixa principal da escola

---

2. Gosta de estudar?

---

Gosta da Professora?

---

3. Tem tempo para fazer as tarefas de casa?

---

4. Quem ajuda nas tarefas de casa?

---

5. O que a família faz quando a criança não vai bem na escola?

---

6. Qual a maior dificuldade apresentada pela criança?

---

7. Como se comporta na sala?

---

8. O que a família pensa da escola?

---

9. O que a família pensa da professora?

---

---

---



Entrevistador  
(INSERIR LOGOTIPO)

## ANAMNESE DE PSICOMOTRICIDADE

### A IDENTIFICAÇÃO:

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Idade \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Irmãos (idades): \_\_\_\_\_

Os motivos da consulta: \_\_\_\_\_

### OS ANTECEDENTES DA CRIANÇA:

A gravidez: \_\_\_\_\_

O parto: \_\_\_\_\_

Histórico dos primeiros dias: \_\_\_\_\_

Hábitos de higiene: \_\_\_\_\_

A marcha: \_\_\_\_\_

A linguagem: \_\_\_\_\_

Doenças e acidentes graves: \_\_\_\_\_

### **CONDIÇÕES DA VIDA DIÁRIA:**

O meio: \_\_\_\_\_

Principais eventos da vida da criança: \_\_\_\_\_

A escolaridade: \_\_\_\_\_

### **OS ANTECEDENTES TERAPÊUTICOS:**

Ensaio terapêuticos já tentados: \_\_\_\_\_

Conclusão de diversos exames: \_\_\_\_\_

Teste aplicados: \_\_\_\_\_

Aspectos físicos e de desenvolvimento: \_\_\_\_\_

Saúde aparente: \_\_\_\_\_

Harmonia e desarmonia: \_\_\_\_\_

Anomalias (estrabismos, onicofagia etc.): \_\_\_\_\_

Exames ortopédicos: \_\_\_\_\_

**ADAPTAÇÃO A SITUAÇÕES:**

Ansiedades: \_\_\_\_\_

Inibições: \_\_\_\_\_

**EXPRESSÃO VERBAL:**

Voz: \_\_\_\_\_

Ritmo: \_\_\_\_\_

Espontaneidade: \_\_\_\_\_

Maturidade da expressão: \_\_\_\_\_

Conteúdo da linguagem: \_\_\_\_\_

**ATITUDES COM O CORPO:**

Gestos: \_\_\_\_\_

Mímica: \_\_\_\_\_

Presença ou ausência do sorriso: \_\_\_\_\_

Hipermobilidade: \_\_\_\_\_

Hipomobilidade: \_\_\_\_\_

**REAÇÕES PARTICULARES OBSERVADAS:**

Sim ou não Sentimento de:

Fracasso \_\_\_\_\_

De adaptação \_\_\_\_\_

Lentidão geral \_\_\_\_\_

Precipitação em tudo \_\_\_\_\_

Perfeccionismo \_\_\_\_\_

Desleixo \_\_\_\_\_

Interesse pelas coisas \_\_\_\_\_

Desinteresse \_\_\_\_\_

Fadigabilidade \_\_\_\_\_

Excitabilidade \_\_\_\_\_

**Nome de quem forneceu as informações:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(INSERIR LOGOTIPO)

## ANAMNESE CIRURGIA BARIÁTRICA

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Endereço:

Telefone:

Data de nascimento:

idade:

Estado civil:

Tem filhos? Escolaridade:

Profissão:

### 2. COMPREENSÃO DA DEMANDA

Por que a necessidade de passar por um psicólogo antes de submeter-se a cirurgia de gastroplastia?

---

---

---

Já fez algum acompanhamento psicológico ou tratamento psiquiátrico? Em caso afirmativo, explorar o motivo, quando e onde.

---

---

---

Há casos psiquiátricos na família?

Em caso afirmativo, qual(ais) psicopatologias (s)? Qual o grau de parentesco?

---

---

Toma bebidas alcoólicas ou faz uso de drogas? Alguém na família faz? Possui algum vício? (histórico presente e pregresso)

---

---

---

## 2.HISTÓRIA DO SOPREPESO

Peso atual: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

ICM: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo se sente incomodado com o sobrepeso? (Associação as etapas de ciclos de vida e de acontecimento de vida) Antecedentes familiares de obesidade?

---

---

---

---

Já fez tratamento para obesidade? Se sim, quais e há quanto tempo?

---

---

---

---

Se lembra de ter atingido benefícios após as dietas?

---

---

---

Qual (ais) sua(s) atitude (s) em relação à interrupção de dietas: Diga se já se sentiu ou pensou da forma descrita abaixo: a. “Não consigo resistir a alimentos que engordam”

b. “Eu fico fraca quando estou de regime”

c. “Me sinto irritada, nervosa”

d. “Perco pouco peso mesmo parando de comer”

e. “Iria ter que fazer regime o resto da minha vida”

f. “Eu cozinho para família e não resisto”

g. “Se eu quebro o regime uma vez já acho que tudo está perdido e volto a comer muito”

h. “Eu que faço a compras e aí não resisto”

i. “As comidas de regime são muito caras e despendem muito ou disposição para prepará-las”

Obs.:

---

---

Você tem problemas de saúde ou limitações físicas por conta da obesidade? Quais?

---

---

Detectou algum comorbidade relaciona ao sobrepeso?

---

---

Você apresenta alguma alteração do sono?

---

---

Você se considera:

( ) Ansioso ( ) Depressivo ( ) Compulsivo ( ) Agressivo ( ) Estressado ( ) Fóbico ( ) Outros

Explique:

---

---

---

A que atribui seu problema de obesidade? (Hábitos alimentares desadequados;

compulsão para comer ou falta de auto-controle; alterações do estado emocional; alterações hormonais; fatores metabólicos; fatores hereditários; acontecimentos de vida; sedentarismo.)

---

---

---

Você acredita que há alguma relação psicoemocional e sua obesidade? ( ) Sim ( ) Não

Por quê?

---

---

---

Com qual (quais) comportamento (s) você se identifica:

- Come poucas vezes, porém em grandes quantidades
- Come durante o dia todo, sem refeições planejadas
- Acorda para comer
- Sente uma vontade incontrolável de comer grande quantidade de comida
- Come até se sentir incomodamente repleto
- Come grandes quantidades de comida mesmo sem fome
- Come sozinho, escondido dos outros
- Sente repulsa por si mesmo, depressão ou culpa após comer excessivamente
- Provocar vômitos após comer
- Tomar remédio (laxantes/diuréticos ou outros) para emagrecer sem orientação médica

Outros: Algum destes comportamentos é mais frequente em você? Ocorre quantas vezes a semana e há quanto tempo?

---

---

---

Quais suas preferências alimentares?

---

---

## 2. DINÂMICA PSICOEMOCIONAL

Você está satisfeito consigo mesmo?

---

---

---

Como é seu relacionamento com seu cônjuge/companheiro (a)?

Como é seu relacionamento com sua família?

---

---

Como é seu relacionamento social/profissional? Há alguma atividade social que evita?

---

---

Quais são suas atividades de lazer? Há alguma atividade que gostaria de fazer e por algum motivo não o faz?

---

---

Pratica alguma atividade física? Como se sente? Se a resposta for não, por que não o faz?

---

---

Você tem ou já teve apelidos? Quais? O que representavam?

---

---

Faça uma apresentação de você como se fosse para alguém que não lhe conhece:

---

---

Como acha que as pessoas que lhe conhecem lhe apresentariam:

---

---

Diga se já teve alguma destas atitudes descritas abaixo:

- a. Repara no corpo de outras mulheres (homens) e, ao se comparar, sente-se em desvantagem, inferior.
- b. Quando pensa no corpo/gordura não consegue mais se concentrar em outras atividades
- c. Já deixou de participar de eventos sociais por sentir mal em relação ao seu corpo
- d. Sente-se mais contente com seu físico quando está com estomago vazio
- e. As pessoas têm vergonha de sair com ele (a) por causa do corpo
- f. Sente-se culpado por ser gordo
- g. Evita-se olhar-se no espelho ou pesar-se

Você tem vida sexual ativa?

( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, como está?

---

---

---

### 3. MOTIVAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Quais são suas expectativas perante a cirurgia?

---

---

---

---

Qual o seu papel no pré e pós operatório?

---

---

---

Como está se organizando para o pós operatório?

---

---

---

Quem irá ajudá-lo no pós operatório?

---

---

## 2. ATITUDES FRENTE A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Já se submeteu a alguma cirurgia? Qual? Quando?

---

---

---

Que sentimentos teve antes da cirurgia?

---

---

---

Como reagiu ao pós operatório?

---

---

PARECER, CONDUTA E ORIENTAÇÕES: (verso)

(INSERIR LOGOTIPO)

FICHA DE ANAMNESE TERAPÊUTICA

Nome:			Nasc.: ___/___/___		
Idade:	Signo:	Est. Civil:	Bairro:		
Endereço:			Celular: ( )		
Cidade:		CEP:	Tel. Residencial: ( )		
Tel. Comercial: ( )		Email:			
Profissão:		Qto. Tempo:			
Empresa Atual:		Filhos:	Religião:		
Motivo da Consulta:					
Já fez terapia antes:		Qual:	Obteve resultado satisfatório?		
Pratica exercícios físicos ou esportes:			Quais:	É fumante?	
Está tomando algum tipo de medicamento:			Quais:		
Como funciona o intestino:		Apar. digestivo:	Menst.Regular:		
Menopausa:	Qto tempo:	Pílula:	Cólicas:		
* Obs: (olhar cor do rosto, veias dos olhos, cor e umidade da língua, pulso, olheiras, postura, se fica ansioso, nervoso).					

1 - Marque com um (X) se você tiver algum dos problemas abaixo:

- Artrite       Tendinite       Hipertensão       Neurite       Trombose       Bursite  
 Bursite       Nódulos       Traumatismo       Tumor       Fibromialgia       Hepatite  
 Câncer       Feblite       Escabiose       Osteoporose       Anemia       Alergia  
 Tireoidismo       Artrose       Problemas Cardíacos       Prob. Neurológicos  
 Dilatação da Aorta       Problemas Renais       Outros

Quais:

\_\_\_\_\_

Conclusão:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 - Tratamentos terapêuticos energéticos a serem aplicados:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 - Periodicidade: ( ) Diária ( ) Semanal ( ) Quinzenal ( ) Mensal

OBS:

---

---

(CONFIRMO SEREM VERDADEIRAS E DE MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE AS  
INFORMAÇÕES POR MIM PRESTADAS)

Local:.....

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ass:.....

INSIRA A LOGOMARCA

## 7.0 AVALIAÇÃO POSTURAL

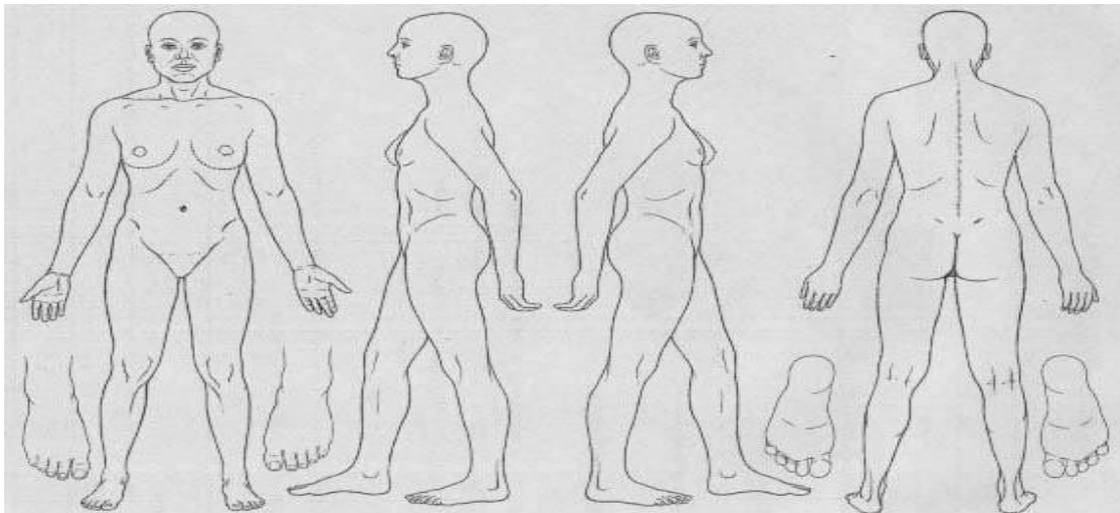
<input type="checkbox"/> Cifose	<input type="checkbox"/> Lordose	<input type="checkbox"/> Escoliose
<input type="checkbox"/> Joelho	<input type="checkbox"/> Valgo	<input type="checkbox"/> Valro
<input type="checkbox"/> Pé Cavo	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Normal

Observações:

---

---

---



TRATAMENTO

1ª sessão: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) Conduta:

---

Evolução:

---

2ª sessão: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) Conduta:

---

Evolução:

---

3ª sessão: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) Conduta:

---

Evolução:

---

4ª sessão: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) Conduta:

---

Evolução:

---

5ª sessão: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) Conduta:

---

Evolução:

---

6ª sessão (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) Conduta:

---

Evolução:

---

7ª sessão: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) Conduta:

---

Evolução:

---

8ª sessão: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) Conduta:

---

Evolução:

---

9ª sessão: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) Conduta:

---

Evolução:

---

10ª sessão: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) Conduta:

---

Evolução:

## 8.0 PRONTUÁRIO/ INSCRIÇÃO/ TRIAGEM

### PRONTUÁRIO DO PACIENTE

SUA LOGOMARCA

### PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Número do prontuário: \_\_\_\_\_ Data de Abertura: \_\_\_\_\_

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

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: [ ] M [ ] F

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nome, telefone ou outro tipo de contato do responsável/cuidador (se aplicável):

\_\_\_\_\_

Médico(s) do Paciente (se houver): \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Limitação: [ ] Cognitiva [ ] Locomoção [ ] Visão [ ] Audição [ ] Outras: \_\_\_\_\_

Alergia:

\_\_\_\_\_

(INSERIR LOGOTIPO)

PRONTUÁRIO/ TRIAGEM PSICOLÓGICA

<b>Data</b> / /	<b>Modalidade</b> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Casal <input type="checkbox"/> família	<b>Nº do Prontuário</b>
--------------------	---	-------------------------

Identificação do Paciente			
Nome do paciente			
Data de nascimento: / /	Idade Atual		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
RG		CPF	
Endereço			
Bairro	Cidade	UF	CEP
Profissão/ Ocupação			Renda
Apresenta alguma necessidade especial? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual?			
Participa de algum programa social? ( Ex: COMPP/ CREAS) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, Qual(is)?			
Telefones para contato			
Residencial ( )		Trabalho ( )	
Celular ( )	Recado ( )	Nome	

Identificação do responsável	
Nome do responsável	Parentesco
RG	CPF
Profissão/ Ocupação	Renda

**Encaminhamento**

- Iniciativa própria       Vizinhos ou Amigos       Familiares       Médico ou Terapeuta
- Empresa/Órgão em que trabalha



Em que circunstâncias, qual tipo e nome do medicamento utilizado?

---

---

---

---

5. Faz uso de medicação psiquiátrica?  Não  Sim

Se sim, qual(is)?

---

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Identificar o último Médico Psiquiatra: \_\_\_\_\_

6. Há histórico de internação psiquiátrica?  Não  Sim

Se sim, quando?

---

Qual o nome da Instituição de internação?

---

Segue em atendimento psiquiátrico?  Não  Sim

7. Faz uso de drogas?  Não  Sim

Se sim, Qual(is) a(s) substância(s) psicoativa(s) utilizada(s)? Qual a frequência?

---

---

---

#### Atividade Profissional

Ativo  Licenciado  Aposentado por invalidez   
Desempregado

#### Informações Complementares

1. No caso de crianças e adolescentes (Período em que estuda e nome da escola)

---

2. Horários disponíveis para a psicoterapia:

---

3. Queixa original:

---

---



(INSERIR LOGOTIPO)

FICHA CADASTRO DO PACIENTE

<b>NOME</b>
<b>DATA DE NASCIMENTO</b>
<b>NATURALIDADE</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>
<b>GRAU DE INSTRUÇÃO</b>
<b>PROFISSÃO</b>
<b>CPF</b>
<b>RG</b>
<b>TELEFONE</b>
<b>E-MAIL</b>
<b>ENDEREÇO</b>
<b>BAIRRO</b>
<b>CIDADE</b>
<b>ESTADO</b>
<b>CEP</b>
<b>TOMA MEDICAÇÃO? SE SIM, ESPECIFIQUE.</b>
<b>NOME DO PAI</b>
<b>NOME DA MÃE</b>

(Logotipo)  
Ficha de Triagem

Nº \_\_\_\_\_

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

Sexo: ( ) F ( ) M Idade \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

Escola \_\_\_\_\_

Filiação \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Renda \_\_\_\_\_ Nº dependentes \_\_\_\_\_

Procura espontânea \_\_\_\_\_

Encaminhado por \_\_\_\_\_

Horário de atendimento: \_\_\_\_\_

Motivo da procura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Triado por \_\_\_\_\_

## 9.0 CONTRATO TERAPEUTICO

(INSERIR LOGOTIPO)

### CONTRATO TERAPÊUTICO

Satisfação pelo seu interesse e decisão de investir em sua saúde e qualidade de vida.

Este contrato que você lê agora contém informações importantes sobre o trabalho que estamos prestes a desenvolver.

#### **Leia-o com atenção por gentileza!!**

Após a leitura deste documento se você concordar com as políticas e procedimentos descritos, peço por gentileza que assine-o e devolva em nosso primeiro encontro.

Se você tiver alguma dúvida sobre o que está escrito aqui, por favor avise no início da sessão para que possamos discutí-la. Quando você assinar este documento, ele representará um acordo entre nós e se tornará parte integrante do seu prontuario onde estarão todos os seus registros de atendimento.

#### **Psicoterapia e seus Benefícios**

A psicoterapia é um processo mediado por um profissional especializado, que visa alcançar mudanças de modo a aumentar o bem-estar e equilíbrio psicológico de quem a procura. É um meio que pode favorecer a capacidade da pessoa que a procura para gerir com autonomia e eficiência os desafios que a vida lhe coloca.

Trabalho com a abordagem (Preencher a abordagem aqui e falar rapidamente de suas características) (rapidamente )

Embora cada caso seja particular, em geral, os benefícios que você pode esperar de processo psicoterápico são:

- Promoção do autoconhecimento**
- Ajuda a encontrar motivação**

- Melhora nos relacionamentos interpessoais**
- Ajuda a descobrir a origem de alguns comportamentos**
- Ajuda a melhor elaborar sentimentos**
- Recuperação da auto estima**

**Atenção:** Em um processo psicoterapico não existem garantias de resultados. Cada pessoa responde de uma forma ao processo.

No entanto, podemos afirmar que os resultados esperados e frequentes, quando o paciente se compromete com o processo são os descritos acima.

Os atendimentos inicialmente terão duração de 50 minutos semanalmente, futuramente dependendo do avanço podemos diminuir esta frequência.

**Importante:**

Eventualmente durante o acompanhamento você poderá experimentar alguns sentimentos desconfortáveis como angústia, raiva, ansiedade e tristeza, uma vez que a psicoterapia exigirá que você traga ao conhecimento do seu terapeuta situações conflituosas e vivenciadas onde possivelmente lhe causarão estes sentimentos.

Estas emoções, quando ocorrem, costumam fazer parte do processo que vai levar à resolução das questões que vieram a ser trabalhadas. Portanto, entenda que muitas vezes elas são esperados mesmo.

**Duração do Processo**

A duração do tratamento psicoterápico varia consideravelmente dependendo da pessoa e da natureza das questões a serem trabalhadas.

É difícil, se não impossível, determinar com precisão a quantidade de tempo necessária para o aparecimento de resultados. Alguns fatores contribuem para esta determinação de tempo são estes :

- A condição do problema em si;
- Por quanto tempo você está lidando com o problema
- Como esta sua rede de apoio (família, amigos)
- Sua dedicação, disciplina e entrega ao acompanhamento.

O paciente é livre para determinar quando interromper a psicoterapia, mas claro, espero

que esta decisão seja tomada em comum acordo comigo.

### **Honorários**

Você poderá fazer o pagamento dos honorários da prestação de serviço de formas diferentes, através do pagamento avulso por sessão, ou de um pacote de sessões.:

#### **1- Pagamento avulso**

Para o pagamento avulso, o valor para cada sessão de 50 minutos será de R\$ \_\_\_\_\_ (valor por extenso). Este pagamento pode ser feito direto comigo ou pela recepção, através de dinheiro em espécie, ao final de cada sessão.

#### **2- Pagamento por Pacote**

No caso de um pacote de \_\_\_\_\_ sessões, você pagará o valor total de R\$ \_\_\_\_\_,00 (Valor por extenso). Nesta modalidade, você pode pagar à vista no início do processo, ou dividir o valor das seguinte forma :

- \_\_\_\_\_ x no cartão de crédito (pode haver juros da operadora).

Por gentileza escrever aqui qual a sua modalidade preferida:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se porventura, no decorrer do acompanhamento, você sinta que tem dificuldades em quitar os honorários, peço por gentileza que me avise para que possamos encontrar uma melhor solução.

### **Cancelamentos e Atrasos**

O processo terapêutico é uma relação profissional como qualquer outra, por isso, peço gentilmente bastante atenção e cuidado com o compromisso quanto à sua disponibilidade e frequência.

#### **Atenção:**

**As sessões em que você faltar deverão ser pagas, a não ser que você entre em contato desmarcando com pelo menos 24 horas de antecedência.**

Ocorrendo atrasos (a não ser que haja um horário livre após o seu), provavelmente vamos encerrar no mesmo horário pré-agendado.

Assumo também compromisso total com nossos encontros. No caso de alguma possível

falta ou imprevisto, você será devidamente avisado com antecedência, ou compensado, se o aviso não puder ser feito a tempo.

**Sempre farei todos os esforços para iniciar as sessões no horário agendado.**

Quanto ao término da sessão, em geral, embora ele deva ocorrer em torno de 50 minutos, eventualmente pode se estender um pouco, ou até mesmo acontecer antes, tudo vai depender da agenda do dia para sessão.

### **Entrando em contato comigo**

Busco estar sempre disponível para meus pacientes, e você pode entrar em contato comigo através do telefone: (Colocar telefone aqui)

Obviamente, nem sempre vou estar imediatamente disponível, mas sempre farei o possível para melhor atendê-lo.

### **Sigilo das informações**

Não se preocupe. O sigilo das informações é totalmente garantido.

A privacidade de todas as comunicações entre um cliente e um psicólogo são protegidas pelo **Código de Ética** profissional. Só poderei liberar informações sobre o nosso trabalho com sua autorização por escrito. Em grande parte das situações, não posso nem confirmar a terceiros que você está realizando terapia, a menos que você concorde e me autorize para isso.

No entanto cabe ressaltar que há uma situação em que, mesmo sem sua autorização e consentimento, tenho que liberar o acesso às informações: no caso de mandado judicial por envolvimento em alguma causa específica.

Mas não se preocupe, nesse caso, você será comunicado.

### **Reclamações**

Se você tiver alguma dúvida ou reclamação sobre o processo, por favor fique a vontade para me falar a respeito para que eu possa responder às suas questões.

### **Qual o objetivo do uso deste contrato?**

Este contrato tem dois objetivos bem claros:

**Confirmar o compromisso entre nós e servir como uma ferramenta de instrução sobre o processo terapêutico.**

Você pode consultá-lo futuramente caso tenha qualquer dúvida, bem como pode me perguntar a qualquer momento sobre alguma parte que não tenha ficado esclarecida.

**Seja bem-vindo(a)!**

Sua assinatura abaixo indica que você leu as informações deste documento e concorda com seus termos.

---

Assinatura cliente

---

Assinatura do Psicólogo

## CONTRATO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

**1. Atendimento** Cada atendimento clínico terá a duração de **50** minutos em média, sendo realizado em horário combinado, estando o psicólogo a disposição do cliente naquele período. Não será possível estender o horário para além do previsto, mesmo em caso de atraso do cliente.

### **2. Sigilo**

O psicólogo respeitará o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confiabilidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional (Código de Ética do Psicólogo, artigo 9º).

### **3. Duração da Psicoterapia**

A duração do tratamento psicoterápico varia consideravelmente dependendo da pessoa e da natureza das questões a serem trabalhadas.

### **4. Dia e Horário**

Os dias e horário dos atendimentos serão combinados com o cliente, podendo variar de acordo com as necessidades de adequação da agenda do psicólogo e demanda do cliente.

### **5. Honorários**

O pagamento será efetuado diretamente ao psicólogo nas datas combinadas no dia da primeira entrevista. Qualquer alteração no contrato ou reajuste somente poderá acontecer com o conhecimento e acordo entre as partes. Valor da sessão é **R\$ XX,XX** para a sessão inicial. O valor das demais sessões será acordado entre as partes. O pagamento será feito em dinheiro, cheque, cartão de crédito ou depósito bancário na conta: **xxxxxx**, Agência **xxxx** - Conta Corrente **xxxxxx**. O pagamento poderá ser realizado a cada sessão ou mensalmente com desconto de **xx**.

### **6. Desmarcações ou mudanças de horário**

As desmarcações deverão ser feitas com antecedência de 24 horas. O psicólogo deverá ser avisado no caso de imprevistos que impeçam o comparecimento do cliente. Mudanças de horário só serão possíveis quando houver disponibilidade do psicólogo.

### **7. Faltas**

Sessões em que o cliente não comparecer serão cobradas normalmente. A partir de duas faltas consecutivas, sem aviso, durante o tratamento, o atendimento será considerado interrompido e o cliente poderá perder sua vaga preferencial de horário.

Sua assinatura abaixo indica que você leu as informações deste documento e concorda com seus termos.

---

Assinatura cliente

---

Assinatura do Psicólogo

## 10.0 CONTROLE DE PRESENÇA

(INSERIR LOGOTIPO)

### CONTROLE DE PRESENÇA I

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE INICIO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENCONTROS	DATA	ASSINATURA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

(INSERIR LOGOTIPO)

## CONTROLE DE PRESENÇA II

**Nº do Prontuário:**

**Iniciais do paciente:**

**Dia(s)/ horário(s) de atendimento:**

SESSÕES			
Atendimento	Data	Descrição do atendimento	
01		X Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
02		X Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
03		X Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
04		X Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
05		X Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
06		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
07		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
08		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
09		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
10		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
11		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
12		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
13		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
14		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
15		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
16		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
17		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
18		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
19		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
20		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
21		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
22		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
23		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
24		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
25		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
26		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
27		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
28		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
29		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado
30		<input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> Não-realizado: <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Falta justificada <input type="checkbox"/> Recesso/Feriado





## 12.0 TCLE

(INSERIR LOGOTIPO)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o(a) Senhor(a)

---

portador do RG \_\_\_\_\_, ficará ciente que estará sendo submetido a um tratamento psicológico (psicoterapia) cabendo ao psicólogo a responsabilidade de determinar o momento exato da alta do paciente.

O mesmo é ciente que todas as informações dadas durante o processo terapêutico não serão divulgadas pois estarão mantidas sob sigilo profissional.

O paciente se comprometerá em efetuar o pagamento da quantia previamente estabelecida a cada sessão realizada (presencial) ou mediante negociação prévia entre as partes.

Seus dados e sua identidade serão mantidos sob sigilo e a sua privacidade respeitada, por imperativo do código de ética que rege o exercício profissional do Psicólogo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Paciente

Nome completo do profissional

Número do registro profissional

### 13.0 CONTRATO DE SERVIÇOS

(INSERIR LOGOTIPO)

#### MODELO DE CONTRATO DE SERVIÇOS **MODELO I**

**Atenção:**

**Depois que o contrato estiver pronto converter em PDF e só então enviar para o cliente, evitando assim possíveis alterações.**

**Este tipo de contrato é ideal para palestras, seminários, consultorias, workshops etc.**

**O modelo abaixo se trata de um exemplo de contrato para palestra, mas pode ser ajustado para os demais serviços.**

#### CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Pelo presente Contrato de Prestação de Serviços, que entre si fazem, de um lado, como CONTRATANTE, \_\_\_\_\_, estabelecida na Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_ - BAIRRO \_\_\_\_\_ – CIDADE \_\_\_\_\_, ESTADO \_\_\_\_, inscrita no CNPJ/MF sob nº \_\_\_\_\_, inscrição estadual \_\_\_\_\_ e, de outro lado, como CONTRATADA, \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ/MF sob nº \_\_\_\_\_, têm entre si certo e ajustado o que se segue:

1- A CONTRATADA obriga-se a fornecer à CONTRATANTE (**ESPECIFICAR SERVIÇO CONTRATADO**) com **duração mínima de 75 minutos, REALIZADO PELO SR,** aqui denominado MINISTRANTE, tratando do tema “\_\_\_\_\_”, cujo conteúdo geral já foi devidamente explicitado em proposta enviada anteriormente.

2- Pelos serviços ajustados, a CONTRATANTE pagará a importância de **R\$ \_\_\_\_\_,00 (escrever por extenso)** da seguinte forma:

- **R\$ XX.XXX,00 (XXXXXXXXXX reais)** à CONTRATADA mediante depósito bancário na conta nº XXXXXX-X, agência XXXX do BANCOXXX, no dia XX/XX/XXXX;

Parágrafo primeiro – A nota fiscal sobre o valor total descrito no item acima será entregue à CONTRATANTE no dia XX/XX/XXXX.

Parágrafo segundo - A CONTRATANTE obriga-se a enviar para o e-mail XXXX o comprovante de depósito, no mesmo dia em que for efetuado o depósito.

Caso a quantia não seja depositada na data acima o MINISTRANTE ficará automaticamente desobrigado de participar do evento.

**3-** A CONTRATANTE dará ao MINISTRANTE todas as garantias de segurança pessoal durante o cumprimento de sua obrigação contratual.

**4-** A CONTRATANTE obriga-se a fornecer ao MINISTRANTE transporte desde sua base até o local do evento, através dos meios necessários e combinados previamente com a CONTRATADA. No caso do uso de taxis ou veículo próprio com combustível pago pela CONTRATADA, a CONTRATANTE se compromete a fazer o reembolso mediante apresentação de recibos, em até 48 horas.

**5-** O MINISTRANTE concede à CONTRATANTE os direitos de uso sobre seu nome, imagem e dados biográficos exclusivamente para promoção e divulgação do evento referido na cláusula primeira 30 (trinta) dias antes e 30 (trinta) dias após sua realização.

**6-** São obrigações da CONTRATANTE:

- Não impor ao MINISTRANTE qualquer atividade extra, salvo a avençada na cláusula primeira;
- Providenciar, se necessário, por sua exclusiva responsabilidade os alvarás para o evento, expedidos pelas repartições competentes, tais como Prefeitura, Censura Federal e entidades de Direitos Autorais;
- Manter silêncio no recinto do evento ou fora dele, suspendendo qualquer atividade cujo ruído prejudique a exposição e debate ora contratados;
- Colocar à disposição do MINISTRANTE, durante o evento, iluminação e som compatíveis com o público presente;

- Não gravar a palestra em áudio ou vídeo, seja para uso interno da CONTRATANTE, seja para veiculação por qualquer mídia eletrônica privada ou pública;
- Não divulgar, sob nenhuma forma ou pretexto, à mídia impressa, eletrônica ou a terceiros não incluídos na contratação, qualquer informação sobre a remuneração prevista neste contrato
- Colocar à disposição do MINISTRANTE, no local da palestra um Notebook acoplado a data show para utilização de material audiovisual e um microfone, se possível, de lapela e sem fio.

7- A parte que infringir qualquer cláusula deste contrato estará sujeita ao pagamento da multa de R\$ 1.500,00 (Hum mil e quinhentos reais), corrigidos monetariamente conforme índice do IGPM ou índice que venha a substituí-lo e juros de mora na forma da lei, independente de interpelação judicial ou extrajudicial, além de sofrer a competente ação de perdas e danos.

Parágrafo Primeiro – Não se incluem nas infrações fatos decorrentes de força maior como calamidade pública, convulsão social, impossibilidade de transporte até o local do evento motivado por interdição de vias de acesso, acidente de trânsito ou doença comprovada do MINISTRANTE.

Parágrafo Segundo – Caso ocorra qualquer uma das hipóteses previstas no parágrafo anterior, nova data será fixada de comum acordo entre as partes, sem ônus adicionais que não os previstos na cláusula quarta.

São obrigações da contratada:

- Assegurar à CONTRATANTE que o MINISTRANTE irá comparecer ao evento e desempenhar o trabalho com total comprometimento e profissionalismo, salvo as condições expressas no Parágrafo Primeiro;
- Fornecer todas as informações necessárias para que o evento possa ser devidamente divulgado, incluindo dados biográficos, fotografias e eventualmente vídeos do MINISTRANTE

8- As partes elegem de comum acordo o foro central da comarca da Capital do Estado de XXXXX para dirimir qualquer questão resultante do presente contrato.

E, por estarem de acordo, as partes assinam este contrato em 3 (três) vias de igual teor e para um só efeito, na presença de 2 (duas) testemunhas hábeis abaixo assinadas.

Cidade e Estado, XX de XXXXXXXXX de 2019

---

CONTRATANTE

---

CONTRATADA – XXXX

---

MINISTRANTE

TESTEMUNHAS:

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

RG: \_\_\_\_\_

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

RG: \_\_\_\_\_

(INSERIR LOGOTIPO)

## MODELO DE CONTRATO DE SERVIÇOS **MODELO II**

### 1. DAS PARTES

1.1. **Nome do Psicólogo** Pessoa Física registrada no Cadastro de Pessoas Físicas CPF/MF sob o nº, Registro Geral nº ..... SSP/MA, Inscrição Profissional CRP sob o nº. , com endereço comercial xxxx, denominada neste como psicóloga/contratada;

1.2. **Cliente**, casado, Pessoa Física registrada no Cadastro de Pessoas Físicas CPF/MF sob o nº, Registro Geral nº, e **endereço**, denominado neste como paciente/contratante.

**2. OBJETO:** Prestar atendimento psicológico clínico através de encontros semanais, com duração de 50 (cinquenta) minutos cada, com hora marcada. O tratamento a ser seguido será determinado pelo psicólogo de acordo com a entrevista inicial/anamnese, o mesmo deverá ser seguido pelo paciente/cliente e o tempo de duração do mesmo é indeterminado, tendo em vista que se depende da evolução do paciente/cliente. O Psicólogo deverá redigir todos os dados sobre o trabalho que irá prestar, o mais amplo e detalhado possível.

### 3. DA AVALIAÇÃO

Será realizada consulta de avaliação antes do início do tratamento com pagamento fora a parte no valor de R\$ 100,00 (cem reais).

### 4. DIREITOS E OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

4.1: Receber atendimento de qualidade, por profissional qualificado; 4.2: Seguir o tratamento de acordo com o recomendado pela psicóloga; 4.3: Comparecer as sessões no dia e horário marcado;

4.4 : Desmarcar a consulta com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas;

4.5 : Obriga-se a efetuar o pagamento no dia e local e forma determinada neste contrato; 4.6: Obriga-se a realizar o pagamento da consulta de avaliação;

4.7 : Terá rescindido o contrato em caso de abandono injustificado, por mais de três sessões;

4.8 : Não ocorrendo o desmarque da consulta no prazo estipulado no art. 4.4, implicará no pagamento do valor normal da sessão.

4.9 : A efetuar o pagamento de acordo com o acordado neste contrato.

## **5 - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

Prestar o serviço como determinado no art. 2º deste contrato.

## **6 - DO PAGAMENTO**

6.1 : O pagamento da consulta inicial/anamnese será de R\$ 100,00 (cem reais) a ser pago no dia da realização da mesma em moeda corrente.

6.2 : O restante do pagamento poderá ser realizado da seguinte forma: 6.3: Semanal ao final de cada sessão vincenda;

6.4: Quinzenal, ao final da sessão correspondente a quinzena vincenda; 6.5: Mensal, ao final da sessão correspondente ao mês vincendo;

6.6 : O pagamento poderá ser realizado através de dinheiro, cheque, cartão de crédito ou boleto bancário.

6.7 : Nos casos previstos no art. 4.6 será cobrada as três sessões em que não houve o comparecimento do contratante.

6.8 : Nos casos em que não houver o desmarque da sessão proceder-se-a na forma do art. 4.7, pagamento do valor normal da sessão.

6.9 : O valor de cada sessão será de R\$ 80,00

## **7. DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

O prazo de vigência deste contrato será o mesmo estipulado pelo psicólogo/contratado de tratamento a ser realizado.

## **8. DA RESCISÃO**

O presente contrato poderá ser rescindido por ambas as partes, por mútuo acordo, ou desde que a parte interessada manifeste a intenção de dissolver a presente relação

contratual, por notificação expressa à outra parte, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

Nos casos do art. 4.6 a rescisão será considerada ao termino das três sessões em que o paciente/contratante não comparecer, o que não exclui ao pagamento das mesmas de acordo com o art. 6.7.

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

O descumprimento de quaisquer das cláusulas referentes a este contrato suscita a responsabilização do responsável, nos termos da legislação em vigor.

A contratada não se responsabiliza por objetos, valores, documentos ou qualquer outro bem pertencente ao Contratante deixado no espaço físico da Contratada.

## **10. FORO DE ELEIÇÃO**

As partes elegem o foro da Comarca de (cidade) como único e exclusivo para dirimirem quaisquer dúvidas decorrentes do presente contrato.

E, por estarem, assim, de comum acordo, as partes assinam o presente contrato em duas vias de igual teor.

Cidade, estado, 08 de Outubro de 2019.

---

**Contratante: cliente**

**Contratada: psicóloga**

---

Testemunha:

Testemunha:

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

(INSERIR LOGOTIPO)

## MODELO DE CONTRATO DE SERVIÇOS **MODELO III**

### **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

#### **IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES**

**CONTRATANTE:** (Nome do Contratante), (Nacionalidade), (Estado Civil), (Profissão), Carteira de Identidade nº (xxx), C.P.F. nº (xxx), residente e domiciliado na Rua (xxx), nº (xxx), bairro (xxx), CEP (xxx), Cidade (xxx), no Estado (xxx);<sup>1</sup>

**CONTRATADO:** (Nome do Contratado), (Nacionalidade), (Estado Civil), (Profissão), Carteira de Identidade nº (xxx), C.P.F. nº (xxx), residente e domiciliado na Rua (xxx), nº (xxx), bairro (xxx), Cep (xxx), Cidade (xxx), no Estado (xxx);<sup>2</sup>

*As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Prestação de Serviços, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições de preço, forma e termo de pagamento descritas no presente.*

#### **DO OBJETO DO CONTRATO**

**Cláusula 1ª.** É objeto do presente contrato a prestação do serviço de (xxx) (Descrever pormenorizadamente o serviço, com todas as suas especificidades, incluindo dados técnicos que possam vir a influir no entendimento do contrato, e, se possível for, dados decorrentes de perícia realizada envolvendo as situações em que serão realizadas o serviço).

## **OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE**

**Cláusula 2ª.** O **CONTRATANTE** deverá fornecer ao **CONTRATADO** todas as informações necessárias à realização do serviço, devendo especificar os detalhes necessários à perfeita consecução do mesmo, e a forma de como ele deve ser entregue.

**Cláusula 3ª.** O **CONTRATANTE** deverá efetuar o pagamento na forma e condições estabelecidas na cláusula 6ª.

## **OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO**

**Cláusula 4ª.** É dever do **CONTRATADO** oferecer ao contratante a cópia do presente instrumento, contendo todas as especificidades da prestação de serviço contratada.

**Cláusula 5ª.** O **CONTRATADO** deverá fornecer Nota Fiscal de Serviços, referente ao(s) pagamento(s) efetuado(s) pelo **CONTRATANTE**.

## **DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

**Cláusula 6ª.** O presente serviço será remunerado pela quantia de R\$ (xxx) (valor expresso), referente aos serviços efetivamente prestados, devendo ser pago em dinheiro ou cheque, ou outra forma de pagamento em que ocorra a prévia concordância de ambas as partes.<sup>3</sup>

## **DO INADIMPLENTO, DO DESCUMPRIMENTO E DA MULTA**

**Cláusula 7ª.** Em caso de inadimplemento por parte do **CONTRATANTE** quanto ao pagamento do serviço prestado, deverá incidir sobre o valor do presente instrumento, multa pecuniária de 2%, juros de mora de 1% ao mês e correção monetária.

**Parágrafo único.** Em caso de cobrança judicial, devem ser acrescidas custas processuais e 20% de honorários advocatícios.

**Cláusula 8ª.** No caso de não haver o cumprimento de qualquer uma das cláusulas, exceto a 6ª, do presente instrumento, a parte que não cumpriu deverá pagar uma multa de 10% do valor do contrato para a outra parte.

## **DA RESCISÃO IMOTIVADA**

**Cláusula 9ª.** Poderá o presente instrumento ser rescindido por qualquer uma das partes, em qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de motivo relevante, não obstante a outra parte deverá ser avisada previamente por escrito, no prazo de (xxx) dias.<sup>4</sup>

**Cláusula 10ª.** Caso o **CONTRATANTE** já tenha realizado o pagamento pelo serviço, e mesmo assim, requisite a rescisão imotivada do presente contrato, terá o valor da quantia paga devolvido, deduzindo-se 2% de taxas administrativas.

**Cláusula 11ª.** Caso seja o **CONTRATADO** quem requeira a rescisão imotivada, deverá devolver a quantia que se refere aos serviços por ele não prestados ao **CONTRATANTE**, acrescentado de 2% de taxas administrativas.

## **DO PRAZO**

**Cláusula 12ª.** O **CONTRATADO** assume o compromisso de realizar o serviço dentro do prazo de (xxx) meses<sup>5</sup>, de acordo com a forma estabelecida no presente contrato.

## **DAS CONDIÇÕES GERAIS**

**Cláusula 13ª.** Fica compactuada entre as partes a total inexistência de vínculo trabalhista entre as partes contratantes, excluindo as obrigações previdenciárias e os encargos sociais, não havendo entre **CONTRATADO** e **CONTRATANTE** qualquer tipo de relação de subordinação.

**Cláusula 14ª.** Salvo com a expressa autorização do **CONTRATANTE**, não pode o **CONTRATADO** transferir ou subcontratar os serviços previstos neste instrumento, sob o risco de ocorrer a rescisão imediata.

**Cláusula 15ª.** Este contrato deverá ser registrado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos.

## **DO FORO**

**Cláusula 16ª.** Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do presente contrato, as partes elegem o foro da comarca de (xxx);

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com 2(duas) testemunhas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

(Local, data e ano)

\_\_\_\_\_

Contratante

\_\_\_\_\_

Contratado

\_\_\_\_\_

(Nome, RG e assinatura da Testemunha 1)

\_\_\_\_\_

(Nome, RG e assinatura da Testemunha 2)

## **OBSERVAÇÃO**

- 1. Se for o contratante uma Pessoa Jurídica, o texto deve ser escrito da seguinte forma:  
CONTRATANTE: (Nome do Contratante), com sede em (xxx), na Rua (xxx), nº (xxx), bairro (xxx), Cep (xxx), no Estado (xxx), inscrita no CNPJ sob o nº (xxx), e no cadastro estadual sob o nº (xxx), neste ato representado pelo seu diretor (xxx), (Nacionalidade), (Estado Civil), (Profissão), Carteira de Identidade nº (xxx), CPF nº (xxx), residente e domiciliado na Rua (xxx), nº (xxx), bairro (xxx), Cep (xxx), Cidade (xxx), no Estado(xxx).*
- 2. Se for o contratado uma Pessoa Jurídica, o texto deve ser escrito da seguinte forma:  
CONTRATADO: (Nome do Contratado), com sede em (xxx), na Rua (xxx), nº (xxx), bairro (xxx), Cep (xxx), no Estado (xxx), inscrita no CNPJ sob o nº (xxx), e no cadastro estadual sob o nº (xxx), neste ato representado pelo seu diretor (xxx), (Nacionalidade), (Estado Civil), (Profissão), Carteira de Identidade nº (xxx), CPF nº (xxx), residente e domiciliado na Rua (xxx), nº (xxx), bairro (xxx), Cep (xxx), Cidade (xxx), no Estado(xxx).*
- 3. Podem ser estabelecidos diferentes tipos ou formas de pagamento, facultando aos contratantes o pagamento ser feito semanalmente, bimestralmente, anualmente, etc, dependendo das características do serviço, devendo a quantia ser paga assim que se realizar o serviço.*
- 4. É livre às partes estabelecer este prazo, que variará de acordo com os interesses ou as características específicas do serviço a ser realizado.*
- 5. Em relação ao prazo para realização do serviço, é livre entre as partes compactuar conforme lhes convém, podendo ser em anos, meses, semanas, etc.*

(INSERIR LOGOTIPO)

## CONTRATO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL ONLINE **MODELO I**

### **1. Atendimento**

Cada atendimento clínico terá a duração de aproximadamente 50 minutos, sendo realizado em horário combinado, estando o psicólogo a disposição do cliente naquele período.

### **2. Sigilo**

O psicólogo respeitará o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confiabilidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional (Código de Ética do Psicólogo, artigo 9º).

### **3. Duração da Psicoterapia**

A duração do tratamento psicoterápico varia consideravelmente dependendo da pessoa e da natureza das questões a serem trabalhadas.

### **4. Dia e Horário**

Os dias e horário dos atendimentos serão combinados com o cliente, podendo variar de acordo com as necessidades de adequação da agenda do psicólogo e demanda do cliente.

### **5. Honorários**

O pagamento será efetuado diretamente ao psicólogo nas datas combinadas no dia da primeira entrevista. Qualquer alteração no contrato ou reajuste somente poderá acontecer com o conhecimento e acordo entre as partes.

Valor da sessão é R\$\_\_\_\_\_para a sessão inicial. O valor das demais sessões será acordado entre as partes. O pagamento será feito mediante transferência ou depósito bancário na conta:\_\_\_\_\_O pagamento poderá ser realizado a cada sessão ou mensalmente com desconto a combinar.

## **6. Desmarcações ou mudanças de horário**

As desmarcações deverão ser feitas com antecedência de até 12 horas. O psicólogo deverá ser avisado no caso de imprevistos que impeçam o comparecimento do cliente. Mudanças de horário só serão possíveis quando houver disponibilidade do psicólogo.

## **7. Faltas**

Sessões em que o cliente não comparecer serão cobradas normalmente. A partir de duas faltas consecutivas, sem aviso, durante o tratamento, o atendimento será considerado interrompido e o cliente poderá perder sua vaga preferencial de horário.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_. (Local, data e ano)

\_\_\_\_\_  
Psicólogo- CRP

(INSERIR LOGOTIPO)

## CONTRATO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ONLINE **MODELO II**

### **ATENDIMENTO:**

O atendimento online terá duração pré-definida de, até \_\_\_sessões. Os resultados variam conforme cada pessoa e de acordo com a sua participação. A realização das atividades propostas na orientação é de extrema importância para o bom andamento da mesma.

### **HORÁRIO:**

O atendimento tem duração de 50 minutos, sendo realizado em horário combinado com antecedência, uma vez por semana, estando o Psicólogo a disposição do cliente naquele período. Como o trabalho é realizado com horário marcado, a pontualidade é fundamental, não sendo possível estender o horário para além dos 50 minutos previstos, mesmo em caso de atraso do cliente. Em casos de atrasos do psicólogo, ocorrerá a compensação para além do horário acordado ou em sessão subsequente. Não será feito e nem retornado contato com o paciente além dos 50 minutos de sessão, exceto em caso de remarcação de horário ou desmarcação de sessão.

### **FALTAS:**

Deverão ser avisadas com o mínimo de 24 horas de antecedência. As sessões em que o cliente faltar ou desmarcar com menos de 24 horas de antecedência, serão cobradas normalmente. O bom andamento do processo depende da frequência e adesão do cliente às sessões. No caso de faltas excessivas (quatro ou mais faltas intercaladas ou consecutivas), a orientação psicológica online deverá ser reconsiderada.

### **DESMARCAÇÕES OU MUDANÇAS DE HORÁRIO:**

Em caso de desmarcações, com até 24 horas de antecedência, o cliente não arcará com o valor da sessão. Caso a ausência seja avisada no dia da consulta, ou não seja avisada, a sessão será cobrada normalmente. Estas sessões poderão ser remarçadas junto ao profissional. Mudanças de horário deverão ser discutidas com o psicólogo e serão realizadas quando possível.

**TÉRMINO:**

O término dos atendimentos pode ocorrer por escolha do cliente . Caso exista a necessidade de interrupção das sessões, é necessário o aviso com uma semana de antecedência para que seja realizada uma sessão de fechamento da orientação.

Declaro que estou ciente e de acordo com as informações e regras supracitadas.

Cidade, Estado \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

NOME DO CLIENTE OU RESPONSÁVEL:

---

CPF:

---

ASSINATURA DO PSICÓLOGO:

## 14.0 AUTORIZAÇÕES

(INSERIR LOGOTIPO)

### AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO "ONLINE" PARA MENORES DE 18 ANOS I

Cidade, dia, mês e ano vigente.

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº  
\_\_\_\_\_, residente à rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_ e cep \_\_\_\_\_. Na qualidade de (pai / mãe /  
tutor legal) autorizo o meu filho(a) (ou tutelado) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nascido na data \_\_\_\_\_, na cidade \_\_\_\_\_,  
estado \_\_\_\_\_, a receber o atendimento psicológico online" com o Psicólogo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, inscrito sob o nº CRP \_\_\_\_\_.

Para tanto, devo disponibilizar para o meu filho(a) (ou tutelado), um computador conectado à rede mundial (web) com internet banda larga. Além de, providenciar um local com total privacidade e respeitar o sigilo profissional das sessões marcadas com hora e local pré-definidos. Assino abaixo e dou fé nesta autorização, que será digitalizada e enviada para o e-mail do PROFISSIONAL em questão.

Atenciosamente,

---

ASSINATURA DO PSICÓLOGO

(INSERIR LOGOTIPO)

AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO "ONLINE" PARA MENORES DE 18 ANOS II

Termo de autorização para menores de idade receberem atendimento psicológico online  
Através do presente termo, eu \_\_\_\_\_

RG n. \_\_\_\_\_ CPF n. \_\_\_\_\_ responsável pelo menor de idade \_\_\_\_\_ autorizo

meu filho(a) \_\_\_\_\_ a realizar atendimentos psicológicos online, sob a orientação do (a) psicólogo (a)

\_\_\_\_\_ CRP: \_\_\_\_\_. Confirmo que li os termos de uso e que

estou de acordo com as normas estabelecidas. Confirmo que estou ciente que esta modalidade de atendimento é permitida pelo Conselho Federal de Psicologia e está de acordo com as normas éticas de atendimento. \_\_\_\_\_ Assinatura do responsável.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Este termo deve ser digitalizado (Scanner/PDF) e encaminhado para o email:

(INSERIR LOGOTIPO)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA MENORES DE 18 ANOS EM CONSULTAS  
PSICOLÓGICAS

Eu, \_\_\_\_\_

portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, responsável legal pelo menor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nascido(a) na data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

estou ciente e autorizo a realização de atendimento psicológico. Para tanto me responsabilizo em tomar todas as providencias necessárias para que este esteja presente nos dias e horários agendados e devo justificar sua ausência caso isso caso ocorra.

Também autorizo a coleta de informações nos atendimentos realizados para fins de tratamento psicológico. Os dados serão sempre preservados conforme as normas do Código de Ética do psicólogo.

Estou ciente de que deverei comparecer para uma devolutiva do profissional ao menos uma vez ao mês em dia e horário pré-agendados.

Sendo assim, declaro que estou ciente do exposto e concordo com as questões apresentadas neste termo.

Cidade, estado, data , mês e ano.

\_\_\_\_\_  
Nome completo do profissional Número do registro do conselho

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

## 15.0 PARCERIA COM INSTITUIÇÕES

(INSERIR LOGOTIPO)

Modelo de Proposta para Estabelecimento de Parceria com Instituições

Este documento é um modelo que você pode usar para apresentar uma proposta de serviço/parceria com alguma instituição.

**Atenção: depois que estiver pronto, não recomendo enviar em WORD para o possível parceiro/cliente. O melhor é converter e enviar em formato PDF.**

### 1. Objetivo:

É uma formalização do objetivo da proposta. É mais uma formalidade.

### 2. Escopo Geral do Serviço

Aqui é onde você explica, em linhas gerais, o que vai oferecer. Isso é para delimitar bem o que será oferecido. Geralmente quando o cliente/parceiro aceita há pequenas adaptações e encontros para alinhar expectativas.

Mas este escopo prévio é extremamente importante para que o parceiro sinta que você sabe o que está fazendo e tem tudo planejado.

### 3. Tópicos Gerais do que será tratado

Aqui você “tangibiliza” as coisas, mostrando os pontos abordados no seu trabalho, justamente para o cliente ter uma ideia mais clara do que você vai fazer.

### 4. Benefícios gerados

Os benefícios devem ser tanto para o parceiro quanto para algum cliente final do parceiro. Lembre-se, as pessoas vão abrir portas para você, mas esperam algo em troca.

### Considerações Finais

Este é um “modelo” para você utilizar, mas não se amarre totalmente. Adapte à sua

realidade.

## MODELO DE PROPOSTA INICIAL PARA REALIZAÇÃO DE PALESTRA

### 1. OBJETIVO

O objetivo deste documento é apresentar uma proposta simplificada para a realização da palestra “Administração de conflitos no ambiente escolar” na escola Educação para seus alunos, pais e educadores.

Havendo interesse pelo trabalho, apresentaremos uma versão mais completa, se necessário.

### 2. ESCOPO GERAL DO SERVIÇO

O trabalho trata-se da realização de uma palestra com duração de 30 minutos a ser realizado num sábado de manhã, nas dependências da escola. O momento envolve a palestra junto a exposição de conceitos sobre conflitos no ambiente escolar e formas de gerenciá-los.

A psicóloga atuará como facilitadora, conduzindo uma conversa enriquecedora e oferecendo pequenas ferramentas que ajudem na saúde emocional e gerenciamento dos conflitos dentro do ambiente escolar.

Para a realização é necessária uma sala climatizada e silenciosa, com capacidade para 20 pessoas.

### 3. TÓPICOS GERAIS DO MOMENTO VIVENCIAL

- O que é conflito escolar ?
- Identificando suas fontes causadoras
- Dicas para boa convivência na escola

### 4. Benefícios gerados

A escola Educação estará oferecendo um serviço a mais, gratuitamente, para seus alunos, pais e educadores, gerando percepção de maior valor agregado e estimulando a fidelidade

além de gerar satisfação nos clientes.

Os participantes irão experimentar momentos de aprendizado, aprender mais sobre as próprias emoções e contribuir para a melhoria da convivência escolar.

## **5. Comentários**

O presente modelo é um pré-projeto sugestivo. Havendo interesse concreto, podemos adaptá-lo para atender às necessidades da escola.

**Cidade, dia, Mês e ano**

**Nome completo do profissional**

**Número do registro do conselho**

## 16.0 ROTEIRO DE AVALIAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

(INSERIR LOGOTIPO)

Modelo roteiro de Avaliação Psicológica Pré-Operatória para cirurgia bariátrica

### INTRODUÇÃO

Aqui apresentamos um roteiro das sessões pré-cirurgia bariátrica, evidenciando aspectos da primeira sessão. Abaixo, você irá encontrar um roteiro de entrevista semiestruturada e um modelo de laudo.

Você também pode utilizar o modelo para estruturar outras sessões dentro desse tema. A finalidade é fazer com que o psicoterapeuta tenha clareza da importância de cada um dos aspectos aqui apresentados.

### A PRIMEIRA SESSÃO

A primeira sessão é importantíssima para explicar ao paciente como a própria psicologia pode auxiliá-lo no processo de emagrecimento, reestruturação de imagem e a lidar com as mudanças comportamentais e emocionais que virão a partir do emagrecimento.

A maioria dos pacientes nunca passaram por um psicólogo e sustentam ideias irrealis da psicologia ou nunca pensaram sobre como se dá um processo terapêutico.

**O importante é educar o paciente quanto ao processo como um todo, tanto da manifestação da obesidade, quanto das questões emocionais e comportamentais desencadeadas a partir dessa condição. O uso de testes ficará a seu critério.**

## Estrutura da primeira sessão pré-bariátrica

### Início da Sessão

<b>Acolhida</b>		Essa é a hora de deixar o paciente à vontade. Adote uma postura e amigável e de acolhimento.
<b>Identificação da demanda</b>	<i>"Me conta um pouco sua história, e o que te trouxe até aqui. "</i>	Aqui temos a oportunidade de compreender quem é o paciente e a forma como está estruturada sua relação com o ato de comer.  Recomendo também fazer perguntas sócio demográficas: "Então você estuda na... Trabalha de/como... Nasceu aqui, nasceu lá... Tem quantos irmãos..."
<b>Investigação Clínica</b>	<i>"Há alguém na família que enfrentou ou enfrentou a obesidade?"</i>	Essa pergunta é importante para saber se o paciente possui espelhos de comportamento e se há pessoas ao seu redor que já tenham feito a cirurgia bariátrica.
<b>Parte intermediária da Sessão</b>		
<b>Abertura para expressão emocional</b>	<i>"Como está se sentindo em relação a a cirurgia?"</i>	Pergunta que abre para que se aborde a ansiedade e expectativas em relação ao dia da cirurgia. Medos, fantasias, crenças... Oportunidade de se falar sobre histórico de outras cirurgias.
<b>Identificação do repertório relacionado aos aspectos práticos</b>	<i>"Como acha que serão os primeiros dias?"</i>	Aqui se revela se o paciente sabe das dificuldades dos primeiros dias, que em um dia estará comendo de tudo e no dia seguinte somente líquido durante certo tempo. Oportunidade de saber se ele conhecesse alguém que tenha feito a cirurgia e como essa pessoa relata.
<b>Encerramento</b>		
<b>Psicoeducação</b>		Finalizar orientando sobre a importância do processo pré- bariátrico, de tirar todas as dúvidas, compreender e respeitar as orientações da equipe multidisciplinar e estabelecer uma nova relação com a comida, etc.

## 17.0 ENCAMINHAMENTO

(INSERIR LOGOTIPO)

### ENCAMINHAMENTO **MODELO I**

**De:**

**Para:** Psiquiatria

Encaminho (**nome do paciente**) para avaliação e acompanhamento psiquiátrico. O mesmo iniciou acompanhamento psicológico em (mês e ano), sendo necessário o prosseguimento da psicoterapia, porém conjuntamente ao tratamento psiquiátrico.

Encontro-me á disposição para quaisquer esclarecimentos e desde já agradeço a atenção dispensada.

Local, dia e ano.

Nome completo do psicólogo

Número do registro

(INSERIR LOGOTIPO)

ENCAMINHAMENTO **MODELO II**

Prezad(o/a):

---

Encaminho o paciente:

---

Para:

---

---

---

Agradeço a atenção e aguardo o seu parecer:

---

---

Observação:

---

---

Local, dia e ano.

Nome completo do psicólogo

Número do registro

(INSERIR LOGOTIPO)

ENCAMINHAMENTO **MODELO III**

Prezad(o/a)

---

Encaminho o paciente

---

Para o serviço

---

---

Motivo

---

---

Observação:

---

---

Local, dia e ano.

Nome completo do psicólogo

Número do registro

(INSERIR LOGOTIPO)

## 18.0 CONTRATO DE SUBLOCAÇÃO DE SALA

### CONTRATO DE SUBLOCAÇÃO DE SALA

Mediante o presente documento se regulamenta a relação contratual entre **XXX** com sede em **XXX** na cidade de São Luís-MA, doravante denominada “**contratada**” e do outro lado, como **Contratante**.

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

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Número do registro profissão: \_\_\_\_\_

#### CLÁUSULAS:

1-A **contratada** é uma empresa que tem por objetivo disponibilizar espaço e instalações, sem caráter de exclusividade, destinado a proporcionar de maneira confortável e otimizada a atividade profissional da **Contratante**.

2-O **Contratante**, mediante a assinatura deste instrumento, fica autorizado a utilizar o espaço disponível de acordo com o plano contratado (**hora avulsa**) no horário previamente agendado.

3-O **Contratante** declara que suas atividades desenvolvidas no ambiente do **contratado** ou ainda fora desta, são plenamente legais, não infringindo qualquer norma civil, criminal, fiscal ou tributária disposta na legislação brasileira, ficando portanto, única e exclusivamente responsável pelo desenvolvimento de suas atividades e pelos arquivamento dos documentos produzidos.

4-O **Contratante** reconhece que o imóvel objeto desta cessão se encontra em perfeito estado, no que concerne aos móveis, revestimentos, às pinturas, a os pisos, decoração e demais instalações; bem como que tudo se acha em pleno funcionamento, e se obriga a conserva-la custeando todas as providencias correlativas, e a restituí-las ainda

nas mesmas condições.

Cidade, Estado, dia, mês e ano.

---

Contatado

---

Contratante

**Testemunhas:**

---

Nome

---

Nome

## 19.0 REEMBOLSO

(INSERIR LOGOTIPO)

### Carta de solicitação de reembolso ao Convênio

A presente declaração tem por finalidade validar as sessões de psicoterapia pelo convênio XXXXX. A paciente XXXX , CPF XXX realizou avaliação psicológica sob meus cuidados profissionais e apresenta hipótese diagnóstica de XXX sob o Cid XXX. A paciente necessita de atendimento psicológico para a compreensão do momento que esta vivenciando, e assim encontrar recursos de enfrentamento. Com periodicidade semanal, e prevista para 40 (quarenta) sessões anuais, sendo o custo total de R\$ XXX (XXX) perfazendo o total mensal de R\$ XXX (XXX), sendo que as sessões iniciais visam confirmar ou refutar a hipótese diagnóstica. O processo de psicoterapia vai atuar nas questões individuais, familiares e sociais, a fim de encontrar alternativas para o enfrentamento. Sem mais para o momento agradeço pela atenção dispensada e disponibilizo-me para eventuais esclarecimentos.

Cidade, data e ano.

Nome completo do psicólogo

Número de registro

## 20.0 RECIBO

(INSERIR LOGOTIPO)

### RECIBO **MODELO I**

Eu, \_\_\_\_\_  
inscrita no CPF sob nº \_\_\_\_\_ e RG nº \_\_\_\_\_  
recebi de \_\_\_\_\_  
inscrito no CPF sob nº \_\_\_\_\_ e RG nº \_\_\_\_\_  
a importância de R\$ \_\_\_\_\_, ( \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ), referente ao pagamento pelo  
atendimento psicológico.

Cidade, Estado \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome completo do profissional

Psicólogo (a)

Nº registro no CRP

(INSERIR LOGOTIPO)

## RECIBO **MODELO II**

Recebi de XXX, CPF XXX, a importância de R\$ XXX (XXX), referente á XX sessões de psicoterapia, cujo valor individual de cada sessão é de R\$ XXX,(XXX). As sessões ocorreram nos dias XXX.

As sessões ocorreram nos dias: XXX

Cidade, data e ano.

Nome completo do psicólogo

Número do registro

(INSERIR LOGOTIPO)

## RECIBO DE PAGAMENTO **MODELO III**

Eu, (nome), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), inscrito(a) no CPF sob o nº (informar) e no RG nº (informar), recebi de (nome), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), inscrito(a) no CPF sob o nº (informar) e no RG nº (informar), a importância de R\$ X.XXX,XX (valor por extenso), referente ao pagamento de (especifique os serviços prestados que estão sendo pagos).

(localidade), (dia) de (mês) de (ano).

(assinatura)

(nome do(a) recebedor(a))

## 21.0 CARTA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE CONVÊNIO

(INSERIR LOGOTIPO)

### CARTA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE CONVÊNIO

Prezado(a)s,

Gostaria de manifestar meu interesse em credenciar-me junto ao Convênio:

\_\_\_\_\_.

Nome do Solicitante:

CPF ou CNPJ:

Especialidade:

Endereço do local de atendimento:

Telefone para contato:

E-mail:

Desde já coloco-me a disposição para maiores informações.

Atenciosamente,

Assinatura do solicitante

## 22.0 MODELOS DE ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO

(INSERIR LOGOTIPO)

### ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO **MODELO I**

Nome:

Setor:

Cargo:

Sup.Imediato:

Data de

Data de demissão:

admissão:

Motivo do desligamento:

Quem comunicou o seu desligamento? E como foi feita a comunicação?

---

---

Como era o ambiente de trabalho em relação:

1. Aos colegas:

---

---

---

2. À chefia:

---

---

---

3. Às tarefas a serem desenvolvidas:

---

---

---

4. Espaço físico, temperatura, higiene, iluminação:

---

---

---

5. Você considerava o seu salário adequado às tarefas desenvolvidas?

---

---

---

6. Gostava do trabalho que realizava?

---

---

---

7. Que tipo de autoridade era mantida no departamento em que você trabalhava?

---

---

---

8. Você participou de cursos promovidos pela Empresa? Quais?

---

---

---

9. Dê sua opinião sobre:	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
Atendimento recebido em Recrutamento & Seleção	( )	( )	( )	( )
Programa de Integração de Colaborador	( )	( )	( )	( )
Programa de Treinamento	( )	( )	( )	( )
Comunicação Interna	( )	( )	( )	( )
Atendimento recebido em Segurança do Trabalho	( )	( )	( )	( )
Atendimento recebido na Área de Benefícios	( )	( )	( )	( )
Convênio Médico	( )	( )	( )	( )
Convênio Farmácia	( )	( )	( )	( )
Refeitório	( )	( )	( )	( )

Comentários:

---



---



---

10. Qual a sua opinião sobre a Empresa de modo geral (normas, políticas, administração)?

---

---

---

---

11. Você teria alguma sugestão para apresentar no sentido de melhoria para a Empresa?

---

---

---

---

12. Comentários:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Entrevistado

---

Entrevistador

---

R H

(INSERIR LOGOTIPO)

ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO **MODELO II**

Nome do Colaborador: \_\_\_\_\_

Cargo Inicial: \_\_\_\_\_ Cargo Final: \_\_\_\_\_

Superior Imediato: \_\_\_\_\_

Data Admissão: \_\_\_\_\_ Data Demissão: \_\_\_\_\_

**Motivo do Desligamento**

Pedido de Demissão  
outra unidade

Demitido  
 Acordo

Transferência para

Qual o motivo de sua saída?

---

---

---

---

Motivo alegado pelo superior imediato (no caso de desligamento)

---

---

---

---

### Ambiente de Trabalho

De uma maneira geral, as relações com seus colegas eram:

( ) Ótimas      ( ) Boas      ( ) Regulares      ( ) Ruins

Comente

---

---

### Condições de Trabalho

Como você classifica o seu ambiente físico de trabalho?

( ) Ótimo      ( ) Bom      ( ) Regular      ( ) Ruim Comente:

---

---

---

---

Como eram os recursos disponíveis para o desempenho de seu trabalho?

---

---

---

---

Como você classifica a Política de Benefícios desta Empresa?

Ótimo

Bom

Regular

Ruim

Comente:

---

---

Em sua opinião a XXX proporcionou-lhe progresso profissional:

Sim

Não

Comente:

---

---

No seu cargo, as atividades desempenhadas corresponderam ao que lhe foi descrito, quando da sua admissão, promoção ou transferência?

---

---

---

---

De um modo geral, você considera a \_\_\_\_\_ uma empresa:

Ótima       Boa       Regular       Ruim

Cite pontos fortes da Empresa:

---

---

---

---

Cite pontos a melhorar na Empresa:

---

---

---

---

### **Superiores**

Como você classifica a sua relação com seu superior

Ótima     Boa       Regular       Ruim

Comente:

---

---

---

---

Emprego Futuro:

---

Empresa:

---

Cargo:

---

Remuneração:

---

Vantagens oferecidas:

---

Como tomou conhecimento da vaga:

---

Sugestões:

---

---

---

---

---

Parecer do Entrevistador:

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Nome e Visto do Entrevistador

\_\_\_\_\_  
Nome e Visto do Entrevistado

Data: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

(INSERIR LOGOTIPO)

ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO **MODELO III**

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

**Cargo:** \_\_\_\_\_ **Setor:** \_\_\_\_\_

**Tempo de Permanência na empresa:** \_\_\_\_\_ **Gestor Imediato:** \_\_\_\_\_

**Tipo de desligamento:**

( ) Pedido Demissão ( ) Demissão sem justa causa ( ) outros: \_\_\_\_\_

01) Ao ser admitido, você foi acompanhado durante a sua experiência? E durante a sua permanência na empresa você recebia informações sobre seu desempenho?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

02) Qual a sua opinião sobre o ambiente de trabalho na empresa? Você se sentia

respeitado e valorizado pelos seus colegas e superiores hierárquicos? Havia alguma dificuldade de relacionamento?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

03) Você teve oportunidades de se desenvolver como profissional? Qual sua opinião sobre as oportunidades de promoção na Empresa?

---

---

---

---

---

---

---

---

01) Alguém informou por qual motivo você foi desligado? Você concorda?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

02) Ao sair da empresa, qual é o seu sentimento? O que mais lhe agradou na empresa? Como você resume o tempo que passou aqui?

---

---

---

---

---

---

---

---

**Comentários do Entrevistador**

---

---

---

---

---

---

**Observações:**

---

---

---

---

---

Entrevistado  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Entrevistador  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Gerência de RH  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Gerência da Área  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(INSERIR LOGOTIPO)

## 21.0 ENTREVISTA DEVOLUTIVA

### ENTREVISTA DEVOLUTIVA

#### I. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Idade:

Escolaridade:

#### II. QUEIXA PRINCIPAL

#### III. PERÍODO DE AVALIAÇÃO E Nº DE SESSÕES

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

XXX Sessões

#### IV. SÍNTESE DIAGNÓSTICA:

Tendo como base os relatos da paciente e a partir das informações coletadas com uso de relato verbal chegamos a síntese diagnóstica que a paciente apresenta \_\_\_\_\_.

#### V. SÍNTESE DOS RESULTADOS

Busquei obter uma compreensão geral a partir dos relatos da paciente. Orientei quanto a \_\_\_\_\_. Procedendo com a seguinte conduta. \_.

(INSERIR LOGOTIPO)

## **PRAZO PARA INSCRIÇÕES SE APROXIMA DO ENCERRAMENTO**

Esta (data da semana) (data) é o último dia para as inscrições no (nome do evento), organizado pelo (informar).

O (nome do evento) tem o objetivo de promover a (informe do que se trata o evento).

As inscrições ainda podem ser realizadas no (local de inscrição), localizado à (endereço), no horário das (horário inicial) às (horário final).

Os documentos necessários são (informar), além do pagamento da taxa de inscrição de R\$ XXX,XX (valor por extenso).

Maiores informações podem ser obtidas pelo telefone (informar) ou e-mail (informar)

(nome do organizador)

## 22.0 CANDIDATURA A VAGA DE EMPREGO

### CANDIDATURA A UMA VAGA DE EMPREGO

À

(nome da empresa)  
Departamento de Recursos Humanos

Eu, (nome), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), inscrito(a) no CPF sob o nº (informar) e no RG nº (informar), residente e domiciliado(a) à (endereço), venho por meio desta apresentar minha candidatura à vaga de (informe o cargo pretendido), anexando nesta oportunidade meu currículo, que demonstra minha formação acadêmica e experiência profissional.

Dessa forma, me coloco à disposição para contato e eventual participação em processo seletivo ou entrevista.

(cidade) - (UF), (dia) de (mês) de (ano).

(assinatura)  
(nome)

(telefone)  
(e-mail)

INSIRA A LOGOMARCA

## CARTA DE PEDIDO DE EMPREGO

(localidade), (dia) de (mês) de (ano).

À (nome da empresa)

Sr(a). (gerente de recursos humanos ou o nome, caso conhecido)

Ref.: Candidatura à Vaga de Emprego.

Eu, (nome), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), residente e domiciliado(a) à (endereço), venho por meio desta me candidatar à vaga de (informe qual a vaga desejada) nesta empresa.

Me considero um(a) profissional(a) perspicaz, responsável e dedicado(a). Tenho boa formação acadêmica nesta área e acredito que posso dar grande contribuição para os objetivos desta organização. Minha experiência profissional e formação acadêmica podem ser verificadas pela análise do meu currículo que anexo nesta oportunidade

Destarte, me coloco à disposição para contato e eventual solicitação para entrevista. Os meios de contato seguem abaixo.

Atenciosamente,

(assinatura)

(nome)

(e-mail)

(telefone)

INSIRA A LOGOMARCA

## Modelo de Carta de Apresentação para Emprego

(localidade), (dia) de (mês) de (ano).

À

(nome da empresa)

Departamento de Recursos Humanos.

Faço uso da presente para me candidatar a uma vaga de emprego no quadro funcional desta empresa, anexando nesta oportunidade o meu currículo. Acredito que minha experiência profissional e formação acadêmica me conferem as prerrogativas necessárias para contribuir com o crescimento desta empresa. Posso destacar entre minhas qualidades profissionais a dedicação, eficiência, pontualidade e boa interação com colegas de trabalho, dentre outras que poderei demonstrar caso seja selecionado.

No aguardo de contato, me coloco à disposição para entrevista.

Atenciosamente,

(assinatura)

(nome)

(telefone)

(e-mail)

(INSIRA A LOGOMARCA)

## CARTA DE RECOMENDAÇÃO

O(a) Sr.(a) (nome), tendo trabalhado nesta empresa no período de (data inicial) até (data final), inicialmente no cargo de (informar) e posteriormente como (informar), sempre desempenhou suas função com zelo e eficiência, demonstrando grande competência profissional e ilibada conduta pessoal, trabalhando muito bem em equipe.

Informamos que seu desligamento deveu-se exclusivamente à reestruturação na empresa que resultou na desativação de determinados setores, nada havendo em nossos registros que o desabone.

Dessa forma, é com segurança que recomendamos sua contratação. (localidade), (dia) de (mês) de (ano).

(assinatura)

(nome da empresa)

CNPJ nº (informar) (nome do responsável) (cargo)

## 23.0 LANÇAMENTO LITERÁRIO

(INSIRA A LOGOMARCA)

### LANÇAMENTO DO LIVRO (título)

O (titularidade do autor), (nome do autor), lançará o livro (título), no próximo dia (dia) de (mês), às (horário), no (local), em (município).

O livro, publicado pela Editora (informar), é fruto de experiência, ao longo de mais de (informar) anos, como (profissão) atuando na área de (informar).

Aspectos práticos e teóricos de (especificar) são alguns dos temas abordados nessa obra.

A obra é destinada a (informar público alvo).

(nome do autor) nasceu em (município) - (estado), é (profissão) desde (ano), formado em (informar) pela (universidade) e (especifique as demais formações).

Todos estão convidados a comparecer.

## **24.0 CONVITE DE REUNIÃO**

(INSIRA A LOGOMARCA)

### CONVITE PARA REUNIÃO

(nome da entidade, associação ou empresa), vem respeitosamente à presença de Vossa Senhoria, por meio deste, convidá-lo(a) para participar da reunião de (informar) que ocorrerá na sede da (nome da entidade), localizada à (rua), nº (informar) - (bairro), no dia (data) às (horário), onde serão tratados assuntos de seu interesse pertinentes à (tema de reunião). Aproveitando o ensejo, renovamos protestos de estima e consideração.

Contamos com sua presença.

(localidade), (dia) de (mês) de (ano).

(assinatura)  
(nome do responsável)

(cargo)  
(nome da entidade)

## 25.0 CURRICULUM VITAE

### Dados Pessoais

- Nome
- Sexo (masculino ou feminino)
- Nascimento (data)
- (rua), nº (informar) - (bairro)
- (município) - (UF)
- (telefone)
- (e-mail)
- Meio de condução: (caso possua veículo)

### Dados Acadêmicos

- Ensino médio: (instituição, ano de conclusão)
- Ensino superior: (curso, instituição, ano de conclusão)
- Especialização: (área, instituição, ano de conclusão)

### Formação Complementar

- (nome do curso, instituição, ano de conclusão)
- (nome do curso, instituição, ano de conclusão)

### Dados Profissionais

- (cargo, empresa, data inicial até data final)
- (cargo, empresa, data inicial até data final)

### Informática

- (software e nível de conhecimento)
- (software e nível de conhecimento)

### Idiomas

- (idioma)
- Falado (Nível baixo, médio ou alto)
- Escrito (Nível baixo, médio ou alto)
- (idioma)
- Falado (Nível baixo, médio ou alto)
- Escrito (Nível baixo, médio ou alto)

### Outros Dados de Interesse

Quais outras informações de interesse para a empresa e para o cargo almejado deverão ser inseridas aqui.

## 26.0 DECLARAÇÕES

(INSIRA A LOGOMARCA)

### DECLARAÇÃO DE RENDA DO PROFISSIONAL AUTÔNOMO

(nome), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), inscrito(a) no CPF sob o nº (informar) e no RG nº (informar), residente e domiciliado(a) à (endereço completo), declaro para os devidos fins que desenvolvo minhas atividades profissionais conta própria, de forma autônoma, no ramo de (informe a área de atuação), auferindo renda mensal média de R\$ X.XXX,XX (valor por extenso).

Sendo expressão da verdade, firmo a presente para que surta efeito.

(município) - (UF), (dia) de (mês) de (ano).

(assinatura)

(nome)

(INSIRA A LOGOMARCA)

## DECLARAÇÃO DE TRABALHO AUTÔNOMO

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr(a). (nome), inscrito(a) no CPF sob o nº (informar) e no RG nº (informar), presta serviços de natureza autônoma a esta empresa na atividade de (informar), desde (data), aferindo renda mensal média de R\$ X.XXX,XX (valor por extenso).

(município) - (UF), (dia) de (mês) de (ano).

(assinatura)  
(nome do(a) responsável)

(cargo)  
(nome da empresa)

CNPJ nº (informar)

(INSIRA A LOGOMARCA)

## 27.0 MEMORANDO

(dia) de (mês) de (ano)

Ao Departamento de Compras

Assunto: Aquisição de material de impressão.

Tendo em vista o baixa no estoque de materiais de impressão, a saber, tonners para impressoras e resmas de papel A4, sendo que o acervo atual é suficiente apenas para abastecer o consumo por cerca de duas semanas, solicitamos a tomada de orçamentos para posterior aquisição de tais materiais.

Atenciosamente,

(assinatura)

(nome)

(cargo)

(INSIRA A LOGOMARCA)

## 28.0 PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

(nome da empresa), pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº (informar), com sede à (rua), nº (informar) - (bairro), Cep (informar), na cidade de (município) - (UF), declara ter recebido de (nome), inscrito(a) no CPF sob o nº (informar), nesta data, os seguintes documentos:

- (primeiro documento);
- (segundo documento);
- (terceiro documento).

(localidade), (dia) de (mês) de (ano).

(assinatura)  
(nome do responsável)

(cargo)

(INSIRA A LOGOMARCA)

(INSIRA A LOGOMARCA)

## **29.0 RECIBO DE ENTREGA DE PRONTUÁRIO MÉDICO**

(nome), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), inscrito(a) no CPF sob o nº (informar) e no RG nº (informar), recebi do (nome do hospital) cópia do meu prontuário médico (ou do prontuário médico de fulano) por mim solicitada, com (quantidade) folhas legíveis, carimbadas e datadas, sendo de minha responsabilidade a utilização da mesma.

(localidade), (dia) de (mês) de (ano).

(assinatura)

(nome)

### 30.0 AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

(INSIRA A LOGOMARCA)

#### AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Paciente: ..... Idade: ..... Data: .....  
Avaliador: .....

##### O que está acontecendo?

- Desencadeante.....
- Motivação.....
- Significado do morrer .....

##### Estado mental atual

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Delírio/alucinação    | <input type="checkbox"/> Incontinência afetiva       | <input type="checkbox"/> Constrição cognitiva |
| <input type="checkbox"/> Depressão             | <input type="checkbox"/> Instabilidade do humor      | <input type="checkbox"/> Vergonha/humilhação  |
| <input type="checkbox"/> Desesperança          | <input type="checkbox"/> Ansiedade/ inquietude       | <input type="checkbox"/> Insônia              |
| <input type="checkbox"/> Desespero (psychache) | <input type="checkbox"/> Impulsividade/agressividade | <input type="checkbox"/> Dor/Incapacitação    |
| <input type="checkbox"/> Colapso existencial   | <input type="checkbox"/> Raiva                       |   |

##### Intencionalidade Suicida

- | Ideias de morte                             | Ideias de suicídio                      | Tentativa prévia                        | Plano suicida                                |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Passivas           | <input type="checkbox"/> Persistentes   | <input type="checkbox"/> Quantas .....  | <input type="checkbox"/> Em preparação       |
| <input type="checkbox"/> Rejeita o suicídio | <input type="checkbox"/> Intensas       | <input type="checkbox"/> Última.....    | <input type="checkbox"/> Detalhado           |
|   | <input type="checkbox"/> Incontroláveis | <input type="checkbox"/> Motivação..... | <input type="checkbox"/> Conhece poder letal |
- 

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Forma de alívio | <input type="checkbox"/> Intensão.....    | <input type="checkbox"/> Possui os meios |
| <input type="checkbox"/> Aceitáveis      | <input type="checkbox"/> Letalidade ..... | <input type="checkbox"/> Providências    |

Principais fatores de risco

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Transtorno mental       | <input type="checkbox"/> Suicídio na família   | <input type="checkbox"/> Acesso a meio letal     |
| <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio   | <input type="checkbox"/> Discordância familiar | <input type="checkbox"/> Rigidez cognitiva       |
| <input type="checkbox"/> Álcool ou outra droga   | <input type="checkbox"/> Desilusão amorosa     | <input type="checkbox"/> Perfeccionismo          |
| <input type="checkbox"/> Abuso físico ou sexual  | <input type="checkbox"/> Relações conflituosas | <input type="checkbox"/> Conflito de identidade  |
| <input type="checkbox"/> Exposição a um suicídio | <input type="checkbox"/> Desemprego            | <input type="checkbox"/> Dor/ incapacidade       |
| <input type="checkbox"/> Isolamento              | <input type="checkbox"/> Derrocada financeira  | <input type="checkbox"/> Alta hospitalar recente |
| <input type="checkbox"/> Falta de apoio social   | <input type="checkbox"/> Desonra               | <input type="checkbox"/> Não adere a tratamento  |

Formulação do risco e manejo

- Risco baixo.....
- Risco Moderado.....
- Risco alto.....

## **31.0 PARECER**

Parecer é um documento fundamentado e resumido sobre uma questão focal do campo psicológico cujo resultado pode ser indicativo ou conclusivo.

O parecer tem como finalidade apresentar resposta esclarecedora, no campo do conhecimento psicológico, através de uma avaliação especializada, de uma "questão-problema", visando a dirimir dúvidas que estão interferindo na decisão, sendo, portanto, uma resposta a uma consulta, que exige de quem responde competência no assunto.

O psicólogo parecerista deve fazer a análise do problema apresentado, destacando os aspectos relevantes e opinar a respeito, considerando os quesitos apontados e com fundamento em referencial teórico-científico.

Havendo quesitos, o psicólogo deve respondê-los de forma sintética e convincente, não deixando nenhum quesito sem resposta. Quando não houver dados para a resposta ou quando o psicólogo não puder ser categórico, deve-se utilizar a expressão "sem elementos de convicção". Se o quesito estiver mal formulado, pode-se afirmar "prejudicado", "sem elementos" ou "aguarda evolução".

O parecer é composto de 4 (quatro) itens:

1. Identificação
2. Exposição de motivos
3. Análise
4. Conclusão

(INSERIR LOGOTIPO)

### **PARECER**

#### **1. IDENTIFICAÇÃO**

**Consiste em identificar o nome do parecerista e sua titulação, o nome do autor da solicitação e sua titulação.**

Nome (parecerista):

Autor:

Título (CRP):

Solicitante (titularização):

Finalidade:

## 2. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Destina-se à transcrição do objetivo da consulta e dos quesitos ou à apresentação das dúvidas levantadas pelo solicitante. Deve-se apresentar a questão em tese, não sendo necessária, portanto, a descrição detalhada dos procedimentos, como os dados colhidos ou o nome dos envolvidos.

## 2. ANÁLISE

A discussão do PARECER PSICOLÓGICO se constitui na análise minuciosa da questão explanada e argumentada com base nos fundamentos necessários existentes, seja na ética, na técnica ou no corpo conceitual da ciência psicológica. Nesta parte, deve respeitar as normas de referências de trabalhos científicos para suas citações e informações.

## 3. CONCLUSÃO

Na parte final, o psicólogo apresentará seu posicionamento, respondendo à questão levantada. Em seguida, informa o local e data em que foi elaborado e assina o documento.

**Declaro ainda que este documento não poderá ser utilizado para fins diferente da sua finalidade pois trata-se de documento sigiloso e extrajudicial.**

**Obs: rubricar todas as páginas e assinar a última**

Cidade, Estado, dia, mês, ano

NOME COMPLETO DO PSICÓLOGO

NÚMERO DO REGISTRO DO CONSELHO (CRP)

## 32.0 AVALIAÇÃO INICIAL

### AVALIAÇÃO INICIAL DE PSICOLOGIA HOSPITALAR INFANTIL

<b>PACIENTE</b>	
<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	
<b>SEXO</b>	
<b>TELEFONE</b>	
<b>LEITO</b>	
<b>PRONTUARIO</b>	
<b>DATA DE ENTRADA</b>	
<b>CONVÊNIO</b>	

**Tipo de Avaliação:** Avaliação Inicial de Psicologia

**Histórico Pessoal:** Menor tem um ano e sete meses de idade, possui uma irmã, nesta cidade com os pais.

**Adoecimento Atual e Comorbidades:** Interna nesta instituição de saúde para tratamento da IMPETICO/ SINDROME PÉ, MÃO E BOCA.

**Estado Psíquico Atual:** Encontra-se no leito, desperto, comunicativo, aos cuidados da família, explorando de forma ativa os recursos lúdicos disponibilizados pela família, sem sinais de sofrimento maior durante o contato. Rede Familiar: Mãe receptiva a abordagem, discorrendo com propriedade sobre a situação com o desgaste físico e psicológico atrelado a rotina de internação. De forma geral, dispõe de estado psicológico geral compensado.

**Conduta:** Atendimento focado na apresentação do serviço de psicologia, acolhimento emocional e formação de laço terapêutico.

Disponibilizo a escuta sensível, com o objetivo de identificar as demandas de cunho emocional e disponibilizar o suporte necessário frente as mesmas.

Dispenso apoio, focando no fortalecimento dos recursos de enfrentamento.

#### **PLANO DE CUIDADO**

De acordo a complexidade emocional elegida na admissão, não foi observado demandas significativas nesta data.

Próximo contato em :

Complexidade do atendimento : 2

Há critérios para inclusão na ROP de preservação ao Suicídio: ? Não se aplica

### **AVALIAÇÃO INICIAL DE PSICOLOGIA HOSPITALAR ADULTO – modelo I**

<b>PACIENTE</b>	
<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	
<b>SEXO</b>	
<b>TELEFONE</b>	
<b>LEITO</b>	
<b>PRONTUARIO</b>	
<b>DATA DE ENTRADA</b>	
<b>CONVÊNIO</b>	

**Avaliação:** Avaliação Inicial de Psicologia

**Histórico Pessoal:** Paciente de 25 anos de idade., solteira, sem filho, universitária de Farmácia, reside com os pais.

**Adoecimento Atual e Comorbidades:** Paciente jovem procedente de PS com antecedente de anemia falciforme, depressão, ansiedade, osteonecrose, Transtorno Obsessivo Compulsivo. Relata que há 2 semanas vinha apresentando crise algicas intensa em casa, fazendo uso de morfina. Porém há um dia os sintomas pioraram. Deu entrada hoje no PS com quadro de lombalgia intensa irradiando para MMI, associada à cefaleia e artralgia, comprometendo a mobilização. Relata episódios febril ontem (38°C). Pontuava 80 na E. K. – atividade normal com esforço. Segundo paciente faz acompanhamento psiquiátrico e psicológico. Paciente com varias limitações em decorrência ao seu estado de saúde e de dor crônica.

**Estado Psíquico Atual:** Paciente no leito acordada, receptiva, porem adotando postura reservada mas no decorrer do entendimento demonstrou aberta a dialogo. Dispondo de humor apático , insegura quanto ao seu atual quadro clinico, potencializado pelo estado

crônico de dor, paciente relata que seu estado de saúde vem impactando no seu estado emocional, físico e nas suas rotinas diárias.

No momento paciente nega sentimento de desvalia frente a vida e pensamentos de condutas autolesivas, contudo, trata-se de uma paciente em vulnerabilidade emocional. Recursos de enfrentamento fragilizados.

**Rede Familiar:** Mãe e irmão presentes e participativos , demonstram durante abordagem cuidadosos, acolhedores, relação familiar afetuosa, contudo com manejo adequado para o contexto de alerta e cuidado redobrados devido a paciente ter histórico de vulnerabilidade emocional e já ter tentado contra sua própria vida. Suportivos e com recursos de enfrentamento ajustado ao contexto.

**Conduta:** Atendimento psicológico de escuta, de acolhimento e de apoio, por meio de vínculo terapêutico , visando amenizar as manifestações psíquicas apresentadas pela paciente;

Auxílio no processo de clarificação e ressignificação quanto ao seu contexto clinico e estado emocional;

Oriento quanto a importância de acompanhamento psiquiátrico e psicológico regular, pontuando a necessidade destes, estimulando postura de autocuidado, pós alta hospitalar.

Intervenção com foco em resgatar postura biófila e fortalecer estratégias de enfrentamento;

Realizo interação com a equipe visando discutir o caso e orientações sobre o manejo com a paciente( transferência para leito mais próximo ao posto, acompanhamento vigilante);

Oriento familiar quanto a necessidade de acompanhamento vigilante à paciente durante internação;

Sugiro avaliação psiquiátrica ainda nesta hospitalização

Aplico escala de risco S pontuando 4- Baixo risco – A pessoa tem alguns pensamentos suicidas, mas não fez nenhum plano. No momento, paciente nega desvalia e pensamentos suicidas, contudo, está em vulnerabilidade emocional, com frágeis recursos de enfrentamento ao contexto de

adoecimento, necessitando de acompanhamentos psicológicos regulares, durante internação, com frequência de atendimento diariamente.

**Acompanhamento a familiares: 2**

**Complexidade do atendimento : 1**

## AVALIAÇÃO INICIAL DE PSICOLOGIA HOSPITALAR ADULTO – modelo II

<b>PACIENTE</b>	
<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	
<b>SEXO</b>	
<b>TELEFONE</b>	
<b>LEITO</b>	
<b>PRONTUARIO</b>	
<b>DATA DE ENTRADA</b>	
<b>CONVÊNIO</b>	

**Avaliação:** Avaliação Inicial de Psicologia

**Histórico Pessoal:** Paciente casada, uma filha, trabalha como agente de crédito, natural do estado do Pará – MA. Reside em Santa Inês- MA com familiares.

Paciente previamente rígida, sem comorbidades, pontuava 100 na escala de Karnofsky. Não possui déficit cognitivo prévio. Apresenta risco para PICS ( evento traumático ).

**Adoecimento Atual e Comorbidades:** Paciente proveniente do OS devido Politrauma. Trata-se de uma paciente previamente hígida residente da cidade de Santa Inês, onde fora vítima de atropelamento, relato que o motorista estava alcoolizado, atropelando 8 pessoas, com 2 vítimas graves, sendo um óbito . Paciente fora inicialmente encaminhada para o hospital da região ficando internada por 7 dias, a mesma teve fraturas de ramos púbicos, acetábulo. Fêmur distal bilateral + trauma abdominal, onde fora submetida a fixação bilateral em fêmur + LAPE com cistorrafia ( SIC paciente; não há relato em prontuário). Com evolução favorável. Sendo optado por transferi-la para este serviço para tratamento secundário – fratura de bacia. Encaminhada para UTI com programação de abordagem cirúrgica.

**Estado Psíquico Atual:** Paciente no leito, desperta, orientada, receptiva à abordagem. Denota humor compensado no momento, contudo, é suscetível a oscilação. Traz em sua fala o contexto acidente e perda familiar importante, manifestando entristecimento circunstancial ao evento traumático vivido. Denota ainda elaboração psíquica sobre todo o contexto vivenciado, no momento, utilizando-se da fé como recurso de enfrentamento , buscando

ressignificar o contexto e ajustar seus recursos pessoais no enfrentamento aos próximos passos do tratamento.

**Rede Familiar:** Ausentes no momento da abordagem.

**Conduta:** Apresentação do Serviço de Psicologia Hospitalar e rotina em UTI.

Atendimento psicológico visando identificar as mobilizações emocionais do momento, realizações de anamneses, construção de laço terapêutico. Oferta de espaço de fala que favorece a expressão dos sentimentos e angústias, acolhimento sensível e suporte emocional que minimize o sofrimento emocional reativo e propicie maior elaboração e ajustamento psicológicos a esta realidade. Apoio para resgate dos recursos pessoais de enfrentamento. Coloco o serviço à disposição.

### **PLANO DE CUIDADO**

Conforme Classificação de Complexidade Emocional- paciente será visto diariamente; Manejar as mobilizações emocionais. Auxiliar na elaboração psíquica e resgate e elevação da suportividade para o enfrentamento.

**Complexidade do atendimento: 1**

**Há critérios para inclusão na ROP de preservação ao Suicídio? Não**

### 33.0 EVOLUÇÃO DE ACOMPANHAMENTO

#### EVOLUÇÃO DE ACOMPANHAMENTO – PSICOLOGIA (modelo I)

<b>PACIENTE</b>	
<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	
<b>SEXO</b>	
<b>TELEFONE</b>	
<b>LEITO</b>	
<b>PRONTUARIO</b>	
<b>DATA DE ENTRADA</b>	
<b>CONVÊNIO</b>	

**Avaliação:** Evolução de Acompanhamento – Psicologia

**Estado Atual Frente à Doença. Tratamento e Hospitalização:** Paciente em sedestação na poltrona, adormecido, sem maior interação com a examinadora.

**Rede Familiar:** Esposa presente, receptiva, denota nesta data humor regularmente estável, contudo, suscetível à oscilação. Adota postura de atenção quanto a evolução do quadro do paciente, contudo, diante da estabilização do quadro e possibilidade de alta deste setor como aspectos fortalecedores da sua suportividade a esta realidade. Regularmente suportiva, tendendo à oscilação.

**Conduta:** Atendimento psicológico visando oferta de escuta sensível à família , acolhimento e suporte emocional que permita a atenuação das repercussões emocionais reativa a elevação da suportividade ao contexto. Apoio para o resgate e fortalecimento dos recursos de enfrentamento. Deixo o serviço a disposição.

#### **PLANO DE CUIDADOS**

Auxiliar família na atenuação das manifestações ansiógenas e suportividade ao contexto.

**Acompanhamento a Familiares : 1**

**Há Critérios para a inclusão na ROP de Preservação ao Suicídio? Não**

## EVOLUÇÃO DE ACOMPANHAMENTO – PSICOLOGIA (modelo II)

<b>PACIENTE</b>	
<b>SEXO</b>	
<b>TELEFONE</b>	
<b>LEITO</b>	
<b>PRONTUARIO</b>	
<b>DATA DE ENTRADA</b>	
<b>CONVÊNIO</b>	

**Avaliação:** Evolução de Acompanhamento

**Estado Atual Frente à Doença. Tratamento e Hospitalização:** Paciente no leito, monossibilica, posteriormente, apresenta-se poliqueixosa em relação a questões pontuais da rotina assistencial, apresentando humor oscilante, impotência, frustração e no momento com regulares recursos de enfrentamento.

**Rede Familiar:** Irmã, dispendo de humor estável, com possibilidade de oscilações, poliqueixosa pela questão da irmã, manifestando ansiedade, frustração, impotência, medo diante cuidados com a paciente. No momento com regulares recursos de enfrentamento.

**Conduta:** Escuta visando expressão de sentimentos; Acolhimentos das demandas emocionais; Fortalecimento dos recursos de enfrentamento, Repasso demandas para equipe diante melhor atendimento para a paciente.

**Acompanhamento a Familiares: 1**

## EVOLUÇÃO DE ACOMPANHAMENTO – PSICOLOGIA (modelo III)

<b>PACIENTE</b>	
<b>SEXO</b>	
<b>TELEFONE</b>	
<b>LEITO</b>	
<b>PRONTUARIO</b>	
<b>DATA DE ENTRADA</b>	
<b>CONVÊNIO</b>	

**Avaliação:** Evolução de Acompanhamento - Psicologia

**Estado Atual Frente à Doença. Tratamento e Hospitalização:** Paciente acordada, orientada e receptiva. Apresenta estado emocional compensado , enfrenta de forma resiliente o tratamento. O que tem trazido impacto é a persistência do quadro algico, mas a medida que percebe melhora, a motivação e otimismo aumentam. Sua preocupação hoje está associada com a distância da filha.

**Rede Familiar:** Irmã presente, participa do processo, dispõe de humor estável e postura suportiva.

**Conduta** Apoio emocional a paciente visando amenizar as repercussões emocionais desta internação .

### **PLANO DE CUIDADO**

Paciente com alterações emocionais moderadas – será avaliada três vezes por semana. Adaptação emocional da paciente às limitações reativas ao quadro clínico.

**Acompanhamento a Familiares: 1**

## **34.0 PROPOSTA DE SERVIÇO NA CLÍNICA**

(SUA LOGOMARCA)

## PROPOSTA DE SERVIÇOS EM PSICOLOGIA CLÍNICA

A importância do bem-estar psicológico dos funcionários é uma descoberta recente do meio corporativo. Com este benefício dentro da empresa, o colaborador pode buscar o atendimento psicológico (Plantão Psicológico) para falar sobre seus problemas pessoais e de relacionamento.

Uma Empresa, ao decidir oferecer como benefício o atendimento psicológico na Organização está focada principalmente na Saúde Integral de seu colaborador e no valor que pode ser agregado à qualidade de vida no trabalho, permitindo que as pessoas trabalhem mais motivadas, com menores índices de estresse.

Além de um benefício oferecido pela Empresa, o atendimento psicológico é uma maneira de humanizar as relações interpessoais, porquanto pessoas saudáveis participam na co-construção de redes internas de relações em climas mais cooperativos e criativos.

### OBJETIVOS

Valorizar o bem-estar psicológico a partir da implantação do atendimento clínico no espaço de trabalho.

Inserir o Psicólogo no sistema de saúde da empresa, uma vez que a grande maioria dos seguros de saúde e convênios médicos não oferece a possibilidade de psicoterapia, aconselhamento e orientação para solução de conflitos.

Oferecer aos colaboradores serviços de Psicologia como psicoterapia breve, terapia familiar sistêmica, aconselhamento e mediação de conflitos, para que o funcionário possa se dedicar ao seu trabalho de forma mais produtiva e satisfatória.

(SUA LOGOMARCA)

## MODELO DE SERVIÇOS E OPERACIONALIZAÇÕES

Na Clínica ampliada para dentro da Empresa (Consultório na Empresa), XX presta os serviços de:

**Planejamento Pessoal:** Atendimento individual em Planejamento Pessoal de Vida, que inclui carreira e demais aspectos da vida pessoal.

**Psicoterapia Breve:** Processo psicoterapêutico breve, focalizado na questão trazida. Trata-se da modalidade de atendimento onde, além de acolher a pessoa e escutá-la ativamente, há intervenções para solucionar o problema.

**Psicoterapia Familiar:** Atendimento à família, considerando a complexidade da rede de transações familiares. Considera a mudança para a solução do problema, com foco na organização familiar. Necessita da participação de todos os envolvidos.

**Psicoterapia em Casal:** Idem ao item acima, com foco no casal.

**Aconselhamento e Orientação:** Auxílio psicológico diante da necessidade da pessoa, para que ela possa rever repensar e refletir sobre seus problemas.

**Acompanhamento Psicoterapêutico** - Corresponde a um encontro com uma pessoa que, não apresentando necessariamente uma patologia ou um sofrimento, procura resolver um problema específico com ajuda do psicólogo, na medida em que sente que não o pode fazer sozinho. É um processo privilegiado de crescimento humano, pois aqui aprende a reservar um tempo e um espaço para ouvir os seus próprios pensamentos, para prestar atenção aos seus sentimentos, ao seu ambiente. Revê a sua visão de mundo, as suas crenças, aprendendo, desta forma, a relacionar-se consigo próprio, com os outros e com a vida, procurando ser mais feliz.

**Mediação de Conflitos Corporativos e Familiares:** O processo de mediação tem como objetivo facilitar a resolução de um conflito. As partes envolvidas são convidadas a refletir e, por consenso, propõem uma solução para o(s) problema(s).

**Psicoterapia Individual** para Alcoolistas e Dependentes Químicos. **Orientação para Famílias** que convivem com Dependentes Químicos. **Psicoterapia em Grupo** para Dependentes Químicos.

**Acompanhamento e Reabilitação Profissional** - O Acompanhamento e reabilitação profissional se propõem a reabilitar trabalhadores incapacitados para o trabalho na

sua atividade habitual, visando reintegrá-los na atividade laboral de modo a conciliar as necessidades destes às características dos postos de trabalho com as demandas organizacionais e institucionais.

**Orientação e Treinamento/ Desenvolvimento** - Treinamento e Desenvolvimento (T&D) se referem às ações organizacionais sistematicamente organizadas, de acordo com uma tecnologia educacional, para promover aprendizagens dos trabalhadores, visando melhoria de desempenhos atuais e futuros, bem como do crescimento pessoal. Significa para a Organização preparar seus funcionários a desenvolver habilidades e conhecimentos, padronização das tarefas e até mesmo mudar o comportamento. Busca-se aumentar o desempenho profissional e motivacional do ser humano, melhorando os resultados e gerando um bom clima organizacional. Melhorar e garantir o bom desempenho dos seus funcionários de modo a prepara-los para criar-se um melhor ambiente e também atender seus clientes, sócios ou afiliados de modo a encantá-los.

**Participação de Programas Educacionais, culturais, recreativos.** Participação em programas educacionais, culturais, recreativos e de higiene mental, com vistas a assegurar a preservação da saúde e da qualidade de vida do trabalhador.

**Palestras** com foco em Prevenção e Qualidade de Vida.

**Encaminhamento(s)** para outro(s) especialista(s).

**\*Obs.:** Conta-se com a parceria de profissionais com consultório estabelecido em Fortaleza. Mantém contatos com Comunidades Terapêuticas e Clínicas de Reabilitação para Dependentes Químicos formando uma “rede” de encaminhamento com o mesmo espírito social.

## **ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL**

Este tipo de atendimento está ligado à queixa, conflito ou dificuldade mais imediata do cliente à superação dos sintomas e a problemas atuais da realidade.

### **Objetivos:**

O enfrentamento de situações de conflitos;

A aquisição da consciência do problema/conflito; Superação dos sintomas e a problemas;

A recuperação da autoestima;

A orientação baseia-se no: foco, planejamento e atividade. Busca-se atingir os objetivos traçados e resultados com um tempo delimitado.

### **Período**

Os atendimentos estão previstos em até 24 orientações psicológicas, sendo que no primeiro mês se realizam 8 encontros, são dois encontros semanais. Ao término desse período, Psicólogo e Cliente avaliam os resultados da proposta que dependendo do resultado da avaliação poderá passar para quatro encontros mensais, um por semana durante três meses quando se realizará uma reavaliação. Psicólogo e Cliente constatando avanços e melhorias os encontros passam a ser quinzenais por mais dois meses fechando um ciclo de seis meses de psicoterapia. As avaliações são constantes até a última sessão. A duração da sessão da orientação psicológica é de 50 minutos.

### **PSICOTERAPIA EM GRUPO**

Para Dependentes Químicos.

O trabalho em grupo leva os participantes a constatarem não serem os únicos com uma determinada problemática; ele também possibilita o contato com pessoas com conflitos e dificuldades semelhantes, como a troca de experiências entre os membros do grupo. Abordagem Cognitiva Comportamental e fundamentos do Programa de 12 passos das Irmandades Anônimas.

### **Objetivos:**

Reduzir ou eliminar problemas associados às substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas, incluindo o álcool.

Reabilitação dos problemas relacionados com as substâncias (diagnóstico, assistência, aconselhamento, participação da família, saúde e integração social).

Psicoterapia em Grupo para outros Transtornos.

A intervenção e orientação psicológica são fundamentadas na Psicologia Cognitiva Comportamental (TCC) com referências da Abordagem Sistêmica e serão trabalhados

os transtornos de ansiedade, os medos, insegurança, timidez e problemas de

relacionamentos.

### Período e Composição do Grupo

Os Grupos terão no máximo 12 (doze) pessoas de diferentes idades. Os encontros acontecem uma vez por semana, com 02h00min (duas horas) de duração durante o período mínimo de 3 (três) meses. A obtenção de resultados positivos efetivos está condicionada à permanência e à participação no grupo 1 (uma) vez por semana durante o período mínimo de 3 meses.

### **ESPAÇO FÍSICO**

É necessária a disponibilização de sala(s) para atendimento individual e em grupo na empresa, mobiliada(s) com duas poltronas, duas cadeiras confortáveis, um arquivo com chave, uma mesa birô com gavetas e chaves, em lugar silencioso, iluminação com luminosidade controlável, de fácil acesso a todos os funcionários, uma impressora, um datashow e internet. No caso da Psicoterapia em grupo a sala deverá comportar 16 pessoas, portanto se fará necessário 16 cadeiras e uma mesa birô com gavetas e chaves.

\*Obs. – A sala deverá ser de uso e controle exclusivo do Profissional de Psicologia.

### **INVESTIMENTOS**

TABELA DE INVESTIMENTOS				
PROCEDIMENTOS		REFERÊNCIA FONTE – CFP FENAP SI – R\$	DESCONTO S	VALORES R\$
01	Consulta Inicial	112,25	25%	84,00
02	Planejamento Pessoal:	165,14	25%	123,00
04	Psicoterapia Familiar	149,03	25%	120,00
05	Psicoterapia em Casal	127,29	25%	95,00
06	Aconselhamento e Orientação Individual	118,18	25%	90,00
07	Acompanhamento Psicoterapêutico	167,65	30%	115,00
08	Mediação de Conflitos Corporativos e Familiares:	167,65	20%	135,00
09	Psicoterapia Individual para Alcoolistas e Dependentes Químicos.	118,18	25%	90,00
10	Orientação para Famílias que convivem com Dependentes Químicos.	167,65	25%	125,00
11	Psicoterapia em Grupo para Dependentes Químicos (por participante)	87,61	35%	55,00
12	Acompanhamento e reabilitação profissional	116,61	15%	100,00
13	Orientação e Treinamento/ Desenvolvimento (por participante)	186,58	20%	150,00
14	Participação de Programas Educacionais, culturais, recreativos.	186,58	20%	150,00
15	Palestras com foco em Prevenção e Qualidade de Vida.	500,00	30%	350,00

**Obs.:** Os valores foram arredondados às vezes para mais ou para menos para facilitar a negociação. Valores meramente sugestivos.

#### ATENDIMENTOS

**Jornada de trabalho:**

Compreende 5 (cinco) atendimentos/dia – duas vezes na semana.

**Agenda:**

Os primeiros atendimentos poderão ser agendados por um funcionário, junto à pessoa designada pela empresa. Os agendamentos subsequentes ficam a critério do psicólogo.

**Acompanhamento:**

O responsável pelos Recursos Humanos da empresa recebe, mensalmente, os indicadores para acompanhar os resultados do atendimento psicológico na Empresa. Todos os atendimentos seguem os critérios éticos da psicoterapia, previstos no Código de Ética do Conselho Federal de Psicologia.

**Contatos Pessoais**

Fone:

E-mail:

### **35.0 FUNDAMENTAÇÃO PARA CADASTRO E- PSI**

#### FUNDAMENTAÇÃO PARA CADASTRO E- PSI

Proponho-me a exercer de maneira ética e dentro do sigilo respaldado pela profissão os atendimentos psicológicos de caráter síncrono e assíncrono. Uma vez que é crescente a demanda por atendimentos por meio de vários recursos tecnológicos utilizados atualmente como Skype, Whatsapp, e-mail etc para crianças, adolescentes e adultos. Para cada atendimento irei utilizar de prontuário físico ( que atualmente utilizo ) onde farei o registro das informações de cada atendimento e conservarei em lugar adequado e reservado.

## 36.0 ACOMPANHAMENTO DE EXPERIÊNCIA CHEFIA IMEDIATA

### ACOMPANHAMENTO DE EXPERIÊNCIA CHEFIA IMEDIATA (modelo I)

<b>Chefia imediata:</b>	
<b>Colaborador:</b>	<b>Data de Admissão : / /</b>
<b>Empresa :</b>	
<b>Entregue este formulário ao RH até o dia: _____/____/____.</b>	
<b>preciso que você responda as questões abaixo com sinceridade</b>	

**De acordo com a análise do colaborador acima escreva:**

**S (satisfatório)** = apresenta resultado eficaz

**R (regular)** = Algumas vezes atende o resultado esperado e em outras vezes deixa a desejar.

**I (insatisfatório)** = apresenta sérias falhas na maioria das vezes.

1. INTERESSE – Analise a motivação em adquirir conhecimento referente ao trabalho, a dedicação ao mesmo. **S**.
2. DISCIPLINA – Analise as formas como lida com as normas da empresa : pontualidade, assiduidade, responsabilidade, serenidade. **S**
3. ORGANIZAÇÃO – Analise a habilidade em manter sob controle o material de trabalho e método realizado na utilização do mesmo. **R**
4. DINAMISMO – Analise a agilidade no desenvolvimento das atividades. **S**
5. INICIATIVA – Analise a habilidade em iniciar uma tarefa, conforme a necessidade, sem que seja necessária orientação da chefia. **S**.
6. RELACIONAMENTO COM CHEFIA – Analise a habilidade em estabelecer diálogo, compreensão, respeito e colaboração. **S**.
7. RELACIONAMENTO COM OUTROS FUNCIONÁRIOS – Analise a habilidade em estabelecer diálogo, respeito, cooperação e companheirismo. **S**.
8. APRENDIZAGEM – Analise o tempo dispensado para assimilação do trabalho e o domínio sob o mesmo. **S**.

**Observações e sugestões:**

A colaboradora vem apresentando um bom trabalho, correspondendo as expectativas, só precisa melhorar um pouco com relação á organização.

Bem como se qualificar mais com relação aos assuntos relacionados á área, como leituras, cursos etc.

Conhecimento maior na Industria – Fábrica (para Treinamento Introdutório).

**Data :** / /**Assinatura :**

ACOMPANHAMENTO DE EXPERIÊNCIA FUNCIONÁRIO (modelo II)

<b>Colaborador :</b>
<b>Cargo :</b> _____ <b>Empresa :</b> _____
<b>Chefia Imediata :</b>
<b>ENTREGUE ESTE FORMULÁRIO AO RH ATÉ O DIA : ___/___/___.</b>
<b>Com o objetivo de facilitar a adaptação ao cargo e a empresa obtendo assim uma maior produtividade, é preciso que você procure responder as questões abaixo com sinceridade.</b>

1. A maneira como foi recebido na empresa considera:

Excelente                  Bom                  Regular                  Insatisfatório

2. As orientações que recebeu / recebe para o desempenho de suas funções considera:

Excelente                  Bom                  Regular                  Insatisfatório

3. O que vem achando da empresa:

Excelente                  Bom                  Regular                  Insatisfatório

4. Como está o seu relacionamento com:

Chefia:                  Excelente                  Bom                  Regular                  Insatisfatório

Colegas de trabalho: Excelente                  Bom                  Regular                  Insatisfatório

5. De um modo geral quais as facilidades e dificuldades que encontrou no cargo que assumiu ?

**Facilidades:**

\_\_\_\_\_.

**Dificuldades:**

\_\_\_\_\_.

1. Como avalia o seu desempenho de um modo geral?

Excelente      Bom      Regular      Insatisfatório

**Observações e sugestões :**

**Data :**

**Assinatura :**

Acompanhamento no Período de Experiência (modelo III)

Nome do Colaborador-		
UGB:		
Cargo-	Admissão-	
Horário de Trabalho-	Chefia Imediata-	
<p>Comunico ao Sr. (a), que o período de experiência do colaborador acima identificado termina em ____/__/__, devendo a chefia imediata avaliar seu desempenho conforme os fatores abaixo, devolvendo em seguida ao Recursos Humanos até o dia __/__/__, a fim de que possamos adotar as providências que se fizerem necessárias.</p> <p>Os itens a seguir relacionados abrangem os principais fatores de avaliação para todos os cargos existentes na Empresa, devendo a chefia imediata avaliar somente aqueles que traduzem o desempenho do colaborador no exercício de suas funções.</p>		
<p>CONCEITOS:</p> <p>O (Ótimo): Apresenta resultado eficaz, sendo a produtividade e qualidade do trabalho acima do esperado. B (Bom): Apresenta resultado eficaz.</p> <p>R (Regular): Algumas vezes atende o resultado esperado e em outras deixa a desejar.]</p> <p>I (Insatisfatório): Apresenta sérias falhas na maioria das vezes.</p>		
N o	FATORES DE AVALIAÇÃO	CO NC EIT O
0 1	ASSIDUIDADE (análise a frequência com que o colaborador comparece ao serviço)	
0 2	PONTUALIDADE (análise o cumprimento do horário de trabalho)	
0 3	DISCIPLINA (análise o cumprimento de normas por parte do colaborador)	
0 4	PRODUTIVIDADE ( análise a agilidade no desenvolvimento das atividades)	
0 5	CONHECIMENTO DO TRABALHO (aprendizagem / análise o tempo dispensado para a assimilação do trabalho e o domínio sobre o mesmo)	
0 6	QUALIDADE DO TRABALHO (análise a qualidade do serviço realizado e a maneira de executá-lo)	

07	ADAPTAÇÃO AO TRABALHO (analise a forma como se adapta ao serviço, a tarefa específica para a qual foi designado)	
08	ADAPTAÇÃO ÀS NORMAS DA EMPRESA (analise a forma como lida com as normas da empresa e se adapta a elas)	
09	ZELO PELO MATERIAL DA EMPRESA- (analise se o colaborador tem cuidado com o material e patrimônio da empresa, evitando o mau uso e/ou desperdício.	
10	APRESENTAÇÃO PESSOAL- (analise se o colaborador zela sempre pela boa aparência e desenvolve atitudes e hábitos de higiene)	
11	INTERESSE- (analise a motivação em adquirir conhecimento referente ao trabalho e dedicação ao mesmo)	
12	INICIATIVA- (analise a habilidade em iniciar uma tarefa conforme a necessidade sem que seja necessário orientação da chefia)	
Nº	FATORES DE AVALIAÇÃO	CONCEITO
13	RELACIONAMENTO COM A CHEFIA- (analise a habilidade em estabelecer o diálogo, a compreensão, o respeito e a colaboração)	
14	RELACIONAMENTO COM OS COLABORADORES- (analise a habilidade em estabelecer o diálogo, o respeito, a cooperação e o companheirismo)	
15	ORGANIZAÇÃO- (analise a habilidade em manter sob controle o material de trabalho e método na realização do mesmo.)	
16	SENSE DE RESPONSABILIDADE- ( analise a capacidade do colaborador em se responsabilizar por seus atos, bem como pelos que executa em prol da organização.)	
17	PLANEJAMENTO DO TRABALHO- (analise a capacidade de organização e método na realização de suas tarefas.)	
18	LIDERANÇA- (analise a habilidade para conduzir um grupo, conseguindo as melhores soluções e alternativas para os problemas.)	
<b>PARECER DO SUPERVISOR</b>		
<p>Prorrogação da experiência no mesmo cargo</p> <p>Admissão Definitiva</p>		

Desligamento do

Colaborador

JUSTIFICATIVA:

\_\_\_\_\_  
Supervisor Imediato

\_\_\_\_\_  
Recursos Humanos

### 37.0 DOCUMENTOS DE RH

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE  
CONSULTORIA DE RECURSOS HUMANOS**

CONTRATO No.

Pelo presente instrumento particular de prestação de serviços em CONSULTORIA DE RECURSOS HUMANOS, de um lado, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, CNPJ. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, situada na Rua

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX na cidade de Rio de Janeiro - RJ, pessoa jurídica de direito privado, representada pela Sr. XXXXXXXXXXXXX, aqui denominada CONTRATADA, e do outro, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, CNPJ XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, situado no End. na XXX na cidade de

Fortaleza - Ceará - Fortaleza - CE, aqui denominado de CONTRATANTE, representado pela Sra. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, CPF: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, resolvem de comum acordo celebrar o presente instrumento, mediante as cláusulas seguintes:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – Do Objeto**

O presente contrato tem por objetivo a prestação de serviços de consultoria e assessoria de recursos humanos a ser desenvolvida de acordo com as especificações constantes deste contrato.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA – Dos Serviços**

A CONTRATADA prestará a **CONTRATANTE** os seguintes serviços de consultoria e assessoria de recursos humanos: aconselhamento, orientações, transferência de conhecimentos, consultas e assessoria. Sendo assim a **CONTRATADA** responsável por todas as atividades de recursos humanos da **CONTRATANTE**.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA - A CONTRATADA se compromete a:**

- a) Cumprir na íntegra o que constar neste presente contrato;
- b) Manter sigilo e reserva de informações a terceiros;
- c) Manter relacionamento ético, cordial e postura profissional com os candidatos e colaboradores, quando da condução de processos seletivos e avaliações de desempenho.
- d) Acompanhamento *in loco* à **CONTRATANTE** 12(doze) horas semanais com uma **GERENTE DE RH**.
- e) A **CONTRATADA** prestará serviços à **CONTRATANTE** com ampla, total, irrestrita

autonomia, sem qualquer tipo de subordinação jurídica e administrativa.

**CLÁUSULA QUARTA - A CONTRATANTE** se compromete a:

- a) Contratar um **ANALISTA DE RH** para ajudar na execução dos serviços.
- b) As despesas de viagens, estadas e alimentação, quando autorizadas e, que se tornarem necessárias por força do desempenho dos serviços contratados, correrão por conta da **CONTRATANTE**.
- c) Para o livre desempenho das tarefas, deverão ser dadas à **CONTRATADA** as condições necessárias, sem as quais, não se responsabilizará pela fiel execução dos serviços tais como Liberação de salas para reuniões e treinamentos, computadores com internet, quando se fizerem necessários.

**CLÁUSULA QUINTA** – Será elaborado um **PLANO DE TRABALHO**, com datas pré-estabelecidas, após o diagnóstico organizacional, do qual, será apresentado à **CONTRATANTE**.

#### **CLÁUSULA SEXTA - DO PRAZO CONTRATUAL**

O Contrato terá vigência de 12 (doze) meses podendo ser prorrogado de acordo com o interesse de ambas as partes.

**CLÁUSULA SÉTIMA** – Do pagamento:

- a) A **CONTRATANTE** deverá pagar **mensalmente e antecipado** o valor fixo de R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais).
- b) O pagamento da prestação dos serviços será até o dia 05 de cada mês subsequente.

#### **CLÁUSULA OITAVA– DA RESCISÃO CONTRATUAL**

Caso a **CONTRATANTE** venha a cancelar o contrato antes dos 12 (doze) meses, serão pagos a **CONTRATADA** 70% (setenta) do valor integral do contrato em cima do valor mínimo mensal estabelecido na cláusula anterior dando ciência a **CONTRATADA**, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

Fica eleito o Foro da Comarca de Fortaleza, Capital do Estado do Ceará, para conhecer as questões relacionadas ao presente contrato, que não puderem ser resolvidas administrativamente.

E por estarem assim contratados, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma para um só efeito, na presença das testemunhas abaixo com firma reconhecida em cartório.

Rio de Janeiro, 07 de março de 2020.

---

**CONTRATANTE**

RESPONSÁVEL PELA EMPRESA CONTRATANTE

**CONTRATADA**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

---

**TESTEMUNHA 1**

---

**TESTEMUNHA 2**

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO NO.

CONTRATADA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CONTRATANTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

O presente instrumento particular, as partes acima devidamente qualificadas, doravante denominadas simplesmente CONTRATADA e CONTRATANTE, na melhor forma de direito, ajustam e contratam a *prestação de serviços profissionais de recolocação ao mercado de trabalho*, segundo as cláusulas e condições adiante arroladas.

### CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO DO CONTRATO:

O objeto do presente consiste na prestação pela CONTRATADA ao CONTRATANTE, dos seguintes serviços profissionais:

1.1 – Recolocação profissional ao mercado de trabalho para vagas de Coordenação/Supervisão/Gerência na área Administrativa, Financeira, Operacional e afins de faixa salarial acima de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

1.1.1 – Análise curricular e Divulgação do Currículo do Profissional por 06(seis) meses;

1.1.2 – Encaminhamento para Participar de Processos Seletivos por 06 (seis) meses.

1.1.3 – Análise Comportamental: testes e devolutiva

### CLÁUSULA SEGUNDA - DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços serão executados por meio de acesso aos serviços na Internet, em obediência às seguintes condições:

2.1 – Participação do CONTRATANTE nas reuniões agendadas (online) pela CONTRATADA, segundo Cláusula 1.1

2.2 – Participação nos Processos Seletivos que a CONTRATADA venha a indicar o CONTRATANTE.

CLÁUSULA TERCEIRA - DOS DEVERES DA  
CONTRATADA

3.1 - A CONTRATADA desempenhará os serviços enumerados na cláusula primeira com todo zelo, ética, diligência e honestidade, observada a legislação vigente, resguardando os interesses do CONTRATANTE, sem prejuízo da dignidade e independência profissional e empresarial.

3.2 - Obriga-se a CONTRATADA a fornecer à CONTRATANTE, por escrito/email a cada 30 (trinta) dias e dentro do horário normal de expediente comercial, todas as informações relativas ao andamento dos serviços ora contratados.

3.3 - A CONTRATADA não assume nenhuma responsabilidade pelas consequências de Informações no currículo do profissional ou sobre os processos seletivos conduzidos por empresas que o profissional seja indicado a participar, nem pelo futuro vínculo empregatício que porventura venha a ser estabelecido entre o CONTRATANTE e empresas indicadas.

#### CLÁUSULA QUARTA - DOS DEVERES DO CONTRATANTE

4.1 - Obriga-se o CONTRATANTE a fornecer à CONTRATADA todos os dados, documentos e informações que se façam necessários ao bom desempenho dos serviços ora contratados, em tempo hábil, nenhuma responsabilidade cabendo à segunda acaso recebidos intempestivamente.

4.2 Para a execução do serviço da cláusula primeira a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a importância de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) à vista depósito/transferência bancária na data deste contrato 12 de maio de 2019 a título de honorários pelos serviços que serão realizados, conforme condições comerciais acertadas no momento do fechamento do contrato;

4.3 A CONTRATANTE dará total exclusividade a CONTRATADA na execução dos serviços listados na cláusula primeira a partir da data deste contrato e na vigência do mesmo.

#### CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA E RESCISÃO

5.1 - O presente contrato vigorará a partir de 12 de maio de 2019, por prazo de 06 (seis) meses, podendo a qualquer tempo ser rescindido mediante pré-aviso de 60 (sessenta) dias, por escrito. Os serviços já executados deverão ser quitados até a data de encerramento do contrato. Nenhum valor pago até a data deste contrato será devolvido, pois equivale a um contrato de risco e aos honorários da CONTRATADA para custos iniciais.

5.1.1 - A parte que não comunicar por escrito a rescisão ou efetuar-la de forma sumária, desrespeitando o pré-aviso previsto, ficará obrigada ao pagamento de multa compensatória no valor de R\$ 1.000,00 (hum mil reais).

5.2 - Considerar-se-á rescindido o presente contrato, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, caso qualquer das partes CONTRATANTES venha

a infringir clausula ora convencionada.

#### CLÁUSULA SEXTA - DA GARANTIA DE RECOLOCAÇÃO

6.1 – A CONTRATADA é desobrigada a recolocar a CONTRATANTE no prazo acima estipulado, sendo assim um contrato de risco.

#### CLÁUSULA SÉTIMA - DO FORO

Fica eleito o Foro de Fortaleza, Ceará, através do Juizado Especial de Defesa do Consumidor com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir as questões oriundas da interpretação e execução do presente contrato.

E, por estarem justos e contratados, assinam o presente, em 2 (duas) vias de igual teor e para um só efeito, na presença de 02(duas) testemunhas instrumentárias.

Rio de Janeiro, 12 de maio de 2019.

---

CONTRATANTE

---

CONTRATADA

Testemunhas:

---

Nome:

CPF:

---

Nome:

CPF:

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

### CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

#### CONTRATO No.

Pelo presente instrumento particular de prestação de serviços em **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, de um lado, **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, CPF **XXXXXXXXXXXX**, **divorciada, consultora de recursos humanos** aqui denominada CONTRATADA, e do outro, **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, CNPJ **XXXXXXXXXXXX**,

situada na Rua **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, Fortaleza-CE, aqui denominada de CONTRATANTE, representada pelo representada pelo **Sr. XXXXXXXXXXXXXXX**, CPF **XXXXXXXXXXXX**, **casado, empresário**., resolvem de comum acordo celebrar o presente instrumento, mediante as cláusulas seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA** - A **CONTRATADA** se compromete a recrutar e selecionar:

- ✓ **01 (hum) assistente de RH/DP** para o **CONTRATANTE**, com base no perfil levantado e analisado, a partir dos dados por ele fornecidos.

**CLÁUSULA SEGUNDA** - A **CONTRATADA** desenvolverá as seguintes etapas na condução do processo seletivo:

2.1 Levantamento e análise do perfil do cargo, em entrevista com representante do **CONTRATANTE**;

2.2 Recrutamento através de consulta ao cadastro informatizado de recursos humanos da

**CONTRATADA** e de anúncios.

- 2.3 A Seleção constará de análise curricular, aplicação de entrevistas, somadas a métodos e técnicas alternativas, tais como, dinâmicas de grupo, testes psicotécnicos, testes grafológicos, coleta de informações ético- profissionais e cadastrais. Os recursos e meios aplicados em cada processo seletivo poderão variar em função do perfil, do nível e da área organizacional do cargo;
- 2.4 Avaliação conclusiva pelo representante da **CONTRATANTE**, através de entrevistas com os candidatos selecionados pela **CONTRATADA**, para o fechamento do processo seletivo.

**CLÁUSULA TERCEIRA - A CONTRATADA** se compromete a:

- 3.1 Enviar candidatos para entrevista com o **CONTRATANTE** dentro do prazo mínimo de **20 dias úteis por vaga**, a partir do fechamento do contrato, podendo ser prorrogado pelo mesmo prazo, do preenchimento da **SOLICITAÇÃO DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO** referente ao cargo solicitado e do pagamento do valor cobrado pelos serviços. O prazo mínimo normal poderá ser prorrogado para 30 dias úteis quando o **CONTRATANTE** postergar o recebimento de candidatos para entrevista e as análises respectivas dos pareceres psicológicos e/ou se utilizar de qualquer outro meio que caracterize indisponibilidade ou tentativa de obstrução à natural tramitação e conclusão do processo seletivo.
- 3.2 Para cada vaga solicitada, encaminhar (03) três profissionais que atendem, no mínimo, 80% do perfil exigido, para entrevista com a empresa **CONTRATANTE**.
- 3.3 Comunicar aos candidatos selecionados sobre a realização de entrevistas na sede da **CONTRATANTE** E INFORMAR sobre o local, data, horário e nome do entrevistador.

**CLÁUSULA QUARTA - A CONTRATANTE** se compromete a:

- 4.1 Após a assinatura do presente contrato, a pretender a **SELEÇÃO DE PESSOAL**, preencher por escrito e assinar o formulário de **FICHA LEVANTAMENTO DE PERFIL** fornecido pela **CONTRATADA** e referente a cada cargo/função específico(a).
- 4.2 A **FICHA LEVANTAMENTO DE PERFIL** será específica e individualizada para cada cargo/função solicitado(a), não podendo haver, no mesmo documento de solicitação de seleção, requerimento para mais de um cargo.
- 4.3 Dar à **CONTRATADA** exclusividade na condução do processo de recrutamento e seleção, ora contratado;
- 4.4 Receber os candidatos para entrevista dentro do prazo de 07 dias úteis a contar da conclusão do processo seletivo pela **CONTRATADA** e a divulgar, inclusive por escrito (fax ou e-mail), seu posicionamento em até 72 horas úteis após entrevistas com os

candidatos encaminhados. A partir de então, os candidatos descartados pelo **CONTRATANTE** estarão disponíveis para outras seleções da **CONTRATADA**.

**CLÁUSULA QUINTA** - A partir da data de admissão do candidato, a **CONTRATADA** garantirá, pelo prazo de 90 (NOVENTA) dias corridos, a reposição de novo candidato após a contratação, através de idêntico processo seletivo, sem custos de honorários para a **CONTRATANTE**, desde que, as razões para o desligamento do mesmo **não** se devam a alterações no perfil do cargo inicialmente contratado ou das condições de trabalho previamente estabelecidas.

**CLÁUSULA SEXTA:** O resultado do processo seletivo será comunicado pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE**.

6.1 Caso algum candidato enviado seja também aproveitado em outra função OU a mesma função cobraremos pelo recrutamento e seleção realizados baseado no valor do salário da nova função contratada, respeitando o mesmo percentual estabelecido cláusula sétima, item 7.1.

6.2 Após comunicar seu posicionamento a respeito da análise dos candidatos, a **CONTRATANTE** deverá informar a **CONTRATADA** por escrito (e-mail) o(s) nome(s) do(s) candidato(s) escolhido(s) e o dia em que iniciará suas atividades na empresa **CONTRATANTE**.

**CLÁUSULA SÉTIMA** – Do valor e Forma de Pagamento

7.1 Valores acordados de acordo com o quadro abaixo:

VAGAS	Qd e.	MÉDIA SALARIAL (FIXO + COMISSÕES)	100% DA MÉDIA SALARIAL	VA LO R
ASSISTENTE DE RH/DP	01	R\$ 1.300,00	R\$ 1.300,00	R\$ 1.300,00
TOTAL	01			R\$ 1.300,00

7.2 – Por este serviço a **CONTRATANTE** pagará a quantia de **R\$ 1.300,00 (hum mil e trezentos reais)**, através de depósito/transferência bancária BANCO Bradesco, AGÊNCIA: 2194-6, CONTA POUPANÇA: 1001124-8 em nome de Levy Oliveira de Melo CPF: 066.340.533-59

7.3– O pagamento da prestação de serviços pela **CONTRATANTE** obedecerá as seguintes condições:

a) **50% do valor acordado na cláusula 7.1** quando da autorização do processo seletivo – data deste contrato – **07 de fevereiro de 2019**.

b) Restante (50%) quando da conclusão do processo seletivo.

**7.4 - Caso ocorra mudança no número de vagas ou no valor salarial a ser pago ao candidato, haverá mudança no valor a ser cobrado.**

**CLÁUSULA OITAVA – Da Rescisão:**

O contrato poderá ser rescindido nos seguintes casos:

- 8.1 O presente contrato poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, mediante notificação a outra, por escrito, com prazo máximo de 03 (três) dias corridos da assinatura deste contrato, porém fica garantido o pagamento de 50% do valor estipulado na cláusula 7.1 que deverá ser pago a **CONTRATADA**;
- 8.2 O contrato também poderá ser rescindido em caso de violação de quaisquer das cláusulas deste, pela parte prejudicada, mediante denúncia imediata.
- 8.3 No caso do processo seletivo ser cancelado pela **CONTRATANTE** antes do encaminhamento de laudos e currículos dos finalistas, por quaisquer motivos alheios ao desempenho da **CONTRATADA**, será cobrada uma taxa de cancelamento de 50% do valor estipulado na clausula 7.1 que é equivalente à taxa de abertura para custos iniciais do processo seletivo.

**CLÁUSULA NONA -** Fica eleito o Foro da Comarca de Fortaleza, Capital do Estado do Ceará, para conhecer as questões relacionadas ao presente contrato, que não puderem ser resolvidas administrativamente.

E por estarem assim contratados, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma para um só efeito, na presença das testemunhas abaixo.

Fortaleza, 07 de fevereiro de 2019.

---

**CONTRATANTE**  
**XXXXXXXXXXXX**  
**CNPJ XXXXXXXXXXXX**

---

**CONTRATADA**  
**XXXXXXXXXXXXXXXXXX**  
**CPF XXXXXXXXXXXXXXXX**

---

**TESTEMUNHA 1**

---

**TESTEMUNHA 2**

## ATIVIDADE DE TREINAMENTO – AVALIAÇÃO DE REAÇÃO

### ATIVIDADE DE TREINAMENTO – AVALIAÇÃO DE REAÇÃO

Solicitamos a sua colaboração nesta avaliação, muito importante para o planejamento didático e para aperfeiçoamento do treinamento.

Atividade/Curso:	
Período: De a	Carga Horária: horas e minutos

Marque com um “X” ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

<b>1 – Excelente</b>	<b>2 – Bom</b>	<b>3 – Regular</b>	<b>4 – Ruim</b>	<b>5 – Péssimo</b>
--------------------------	----------------	------------------------	-----------------	------------------------

#### 1. Conteúdo / Programa

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
a) adequação do conteúdo do programa					
b) aplicabilidade do conteúdo à realidade profissional					
c) Equilíbrio a teoria e a prática					
d) Nível de obtenção de novos conhecimentos					

#### 2. Atuação do Instrutor / Palestrante

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					
b) Didática utilizada					
c) Facilidade e objetividade na comunicação					
d) Verificação da assimilação dos assuntos pelos participantes					
e) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					

### 1. Infra Estrutura e Logística:

	1	2	3	4	5
a) Adequação das instalações e equipamentos					
b) Salas de Aulas					
c) Carga Horária					

### 2. Atuação dos Participantes:

	1	2	3	4	5
a) Facilidade de entendimento dos assuntos abordados					
b) Relação com os outros participantes					
c) Considero a minha participação					
d) Relação com os Instrutores					

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?	
Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer?

### Instruções para elaboração de descrição de cargo MODELO 1.

DESCRIÇÃO DE CARGOS E SALÁRIOS	
<b>Hierarquias: a estrutura da organização.</b>	
Esta tabela mostra os níveis de responsabilidade por decisões conforme a posição dos cargos na estrutura hierárquica da empresa	
<b>Níveis organizacionais</b>	<b>Escopo decisório</b>
Presidência	Definições estratégicas / objetivos globais.  Este nível recebe orientação direta do mais alto escalão diretivo, geralmente Conselho de Acionistas ou proprietários. Tem a função de definir os rumos do negócio e políticas amplas para a empresa como um todo.
Diretoria	Definições de políticas / objetivos da área.  Este nível recebe orientação da presidência, sendo responsável pela definição das políticas específicas para suas respectivas áreas de atuação.
Superintendência Gerência Geral	Definições táticas / elaboração planos de ação.  Este é um nível intermediário entre Diretoria e Gerência, sendo que em algumas empresas é um Diretor com poderes atenuados e em outras é um gerente com poderes ampliados.
Gerência Coordenação	Definições táticas / elaboração planos de ação.  Este nível é responsável pela execução das políticas para seus respectivos departamentos ou divisões. Elabora e acompanha os planos de ação.
Supervisão Analistas Assistentes (muito especializados)	Definições de programação / execução planos de ação.  Nível responsável por uma subfunção de um departamento ou por uma atividade especializada. Desenvolve e conduz projetos e programas de seu setor.

Assistentes	Execução de tarefas (rotinas mais complexas). Nível responsável por tarefas que envolvam algum tipo de análise, seguindo um plano de trabalho bem definido.
Auxiliares	Execução das tarefas (rotinas simples). Nível responsável pela execução de tarefas, seguindo rotinas bem estabelecidas.

Este modelo de instruções para elaboração de descrição de cargo destina-se aos ocupantes de cargos que têm função gerencial ou exercem atividades muito especializadas: analistas, supervisores, coordenadores, gerentes, diretores etc.

Você precisa criar um formulário para descrição de cargos contendo os tópicos mencionados nessas instruções. Você pode personalizar o formulário para sua empresa. Distribua o formulário juntamente com essas instruções. Geralmente a maioria das pessoas não tem dificuldade em preencher o formulário.

Veja abaixo um exemplo de formulário.

Obviamente, quando receber os formulários preenchidos, você precisará homogeneizar a linguagem, fazendo os ajustes necessários na redação para completar suas descrições de cargo.

### **Instruções para preenchimento do formulário de Descrição de Cargo.**

O objetivo do preenchimento deste formulário é a elaboração da **descrição** do seu **cargo**.

Procure mencionar os pontos que você julgar mais importantes para a compreensão do seu cargo.

#### **Título do Cargo:**

Mencione o título pelo qual o cargo é conhecido na empresa hoje. Informe também seu nome, o departamento onde você trabalha e o nome do seu superior imediato.

□ **Missão do Cargo:**

Aqui você deverá tentar explicar o principal objetivo que o seu cargo deve atingir. Procure resumir o principal objetivo do cargo numa única frase.

Por exemplo:

**Gerente ou Coordenador da área de Vendas:**

Assegurar o cumprimento das metas de vendas estabelecidas, em termos de volume, produtos, clientes e mercados, dentro das políticas definidas.

**Comprador de materiais e peças para a produção:**

Garantir a continuidade do suprimento de materiais e peças destinados à produção, dentro das melhores condições de preço, qualidade e tempo.

**Supervisor de Manutenção**

Manter os equipamentos de produção funcionando dentro das melhores condições de produtividade, dentro dos padrões de qualidade, custos e prazos estabelecidos.

**Coordenador de Contabilidade**

Assegurar que os sistemas de informações gerenciais econômico-financeiras reflitam a real situação da empresa.

□ **Responsabilidades**

Para atingir o objetivo básico do seu cargo você precisará realizar algumas atividades.

Você realiza uma atividade visando a atingir um objetivo.

Descreva entre 6 e 10 frases indicando as principais atividades e seus respectivos objetivos. Use as frases seguintes como modelo e faça as adaptações necessárias para o seu cargo.

### **Gerente ou Coordenador de Vendas**

Desenvolver e implementar planos de abordagem do mercado para venda de novos produtos, **visando a** conquistar novos clientes e aumentar a participação de mercado.

### **Comprador**

Negociar com fornecedores **a fim de** assegurar a aquisição de produtos, materiais e equipamentos dentro das especificações e dos padrões estabelecidos de qualidade, preço e condições de fornecimento.

### **Supervisor de Manutenção**

Planejar as paradas de equipamentos para manutenção, **com o objetivo de** minimizar o tempo ocioso das máquinas e contribuir para a redução de custos de manutenção.

### **Gerente Financeiro**

Negociar com bancos e instituições financeiras, **visando a** minimizar os custos de captação de recursos e das tarifas bancárias e otimizar as receitas oriundas de aplicações financeiras.

### **Relação de verbos para redação da descrição de cargo**

Você poderá usar os verbos abaixo para escrever as frases sobre as **responsabilidades** do seu cargo.

### **Verbos que indicam realização de atividade**

(para você usar no início da frase)

Aconselhar, adotar, ajustar, ajudar, analisar, apoiar, apresentar, aprovar, aprimorar, avaliar, aferir, conduzir, consultar, contatar, controlar, desenvolver, determinar, dirigir, elaborar, especificar, estabelecer, estudar, examinar, executar, facilitar, informar, liderar, manter, motivar, orientar, organizar, participar, pesquisar, planejar, preparar, prever, receber, recomendar, reportar, representar, rever, selecionar, supervisionar, treinar, verificar.

### **Verbos que indicam objetivos a atingir**

Verbos para você usar no meio da frase, depois de palavras como "**visando a**", "**afim de**", "**para**", "**com o objetivo de**" etc.

Alcançar, apoiar, aprimorar, assegurar, assistir, atingir, aumentar, auxiliar, conseguir, contribuir, controlar, coordenar, criar, cumprir, desenvolver, estabelecer, estimular, facilitar, formular, implementar, manter, maximizar, minimizar, motivar, obter, otimizar, preservar, promover, proteger, reduzir.

**(COLOQUE O NOME DA EMPRESA E SUBSTITUA O NOME – MODELO DE FORMULÁRIO...).**

Modelo de formulário para descrição de cargo

<b>Descrição de Cargo</b>	
<b>1. Identificação</b>	Data:
Título do Cargo:	
Nome do Ocupante:	
Departamento:	
<b>2. Missão do Cargo</b>	
<b>3. Responsabilidades</b>	
:	

<b>4. Assinaturas:</b>	
Ocupante:	Superior Imediato:

## Instruções para elaboração de Descrição de Cargo

### MODELO 2

#### Cargos Administrativos e Operacionais

Este modelo de instruções para elaboração de descrição de cargo destina-se aos ocupantes de cargos administrativos ou operacionais, cujas responsabilidades são basicamente a execução de tarefas de rotina.

Você precisa criar um formulário para descrição de cargos contendo os tópicos mencionados nessas instruções. Você pode personalizar o formulário para sua empresa. Distribua o formulário juntamente com essas instruções. Geralmente a maioria das pessoas não tem dificuldade em preencher o formulário acima apresentado (**descrição de cargo**).

Obviamente, quando receber os formulários preenchidos, você precisará homogeneizar a linguagem, fazendo os ajustes necessários na redação para completar suas descrições de cargo.

#### Instruções para preenchimento do formulário de Descrição de Cargo Missão do

##### cargo:

Procure mencionar numa única frase qual a principal responsabilidade do seu cargo. Você pode resumir o objetivo principal que o cargo deve atingir. Por exemplo:

- Visitar clientes para **realização de vendas**, conforme o programa estabelecido.
- Operar máquinas (equipamentos etc.) para **fabricação de produtos, usinagem ou**

### **reparo de peças.**

- Preparar dados e cálculos para **processamento da folha de pagamento.**
- Revisar as partes mecânicas dos veículos de forma a **mantê-los nas condições de funcionamento estabelecidas.**
- Contatar e atender fornecedores para **aquisição de materiais diversos** para a fábrica e o escritório.
- Classificar documentos conforme o plano de contas, para **processamento** da escrituração contábil.

### **Responsabilidades:**

Mencione as principais tarefas e/ou atividades que compõem as responsabilidades do cargo. Utilize frases objetivas, indicando sempre O QUE é feito e, se possível, PARA QUE é feito. Quando for necessário para compreensão da tarefa, mencione também como é feito.

### **Você pode iniciar a frase por um VERBO do tipo:**

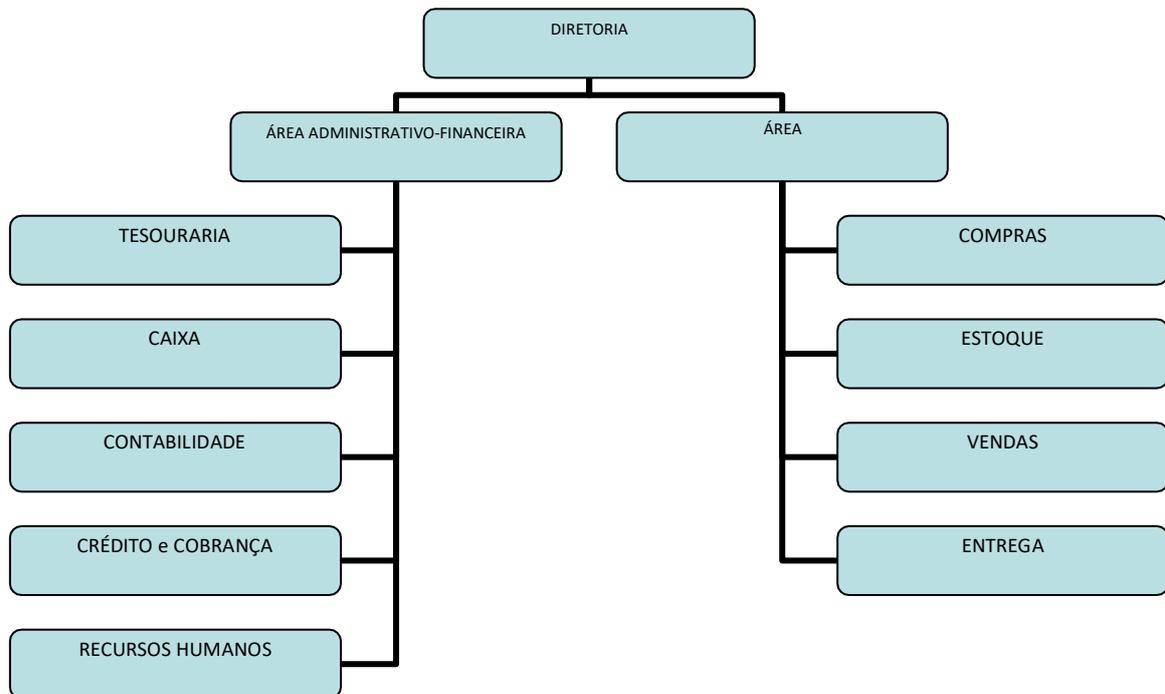
- Preparar, executar, realizar, efetuar, auxiliar, controlar, conferir, digitar, calcular, operar, ajustar, verificar, contatar, etc.

Por exemplo:

- Preparar relatório de visitas a clientes, indicando nomes dos clientes visitados, para fins de controle e acompanhamento do plano de vendas. (Vendedor)
- Efetuar os lançamentos de Notas Fiscais de fornecedores e outros documentos no sistema de contas a pagar. (Assistente ou Auxiliar de Contas a Pagar)
- Efetuar o controle de entrada de materiais de consumo no almoxarifado, conferindo as quantidades e especificações constantes dos pedidos e das notas fiscais dos fornecedores, para controle de estoque desses materiais. (Almoxarife)
- Calcular as contribuições incidentes sobre a folha de pagamento, conforme determinado pela legislação, para recolhimento nos prazos previstos. (Assistente ou Auxiliar de Pessoal)
- Classificar documentos relativos aos pagamentos efetuados pela empresa, de acordo

com o plano de contas, para processamento da contabilidade.(Assistente ou Auxiliar de Contabilidade).

MODELO DE UM ORGANOGRAMA:



## Proposta Consultoria de Recursos Humanos – Modelo I

Fortaleza - CE, 07 de março de 2020

Ilma. Sra. XXXXXXXXXXXXXXX

EMPRESA

**Fortaleza-CE**

**Ref.: PROPOSTA CONSULTORIA DE RECURSOS HUMANOS**

**No. 10513**

Prezadas,

Temos o prazer de poder enviar a V.Sa. esta apresentação comercial, conforme anteriormente solicitada, para sua avaliação e análise, onde estamos certos de podermos atendê-los em tempo hábil, através de um excelente atendimento, e a devida qualidade para com os serviços aqui oferecidos.

Desde já agradecemos pela atenção a nós atribuída, colocando-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos que por ventura possam vir a ocorrer.

Na espera de seu retorno receba nossa cordial saudação.

Atenciosamente,

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

## 1. OBJETIVO GERAL

Promover através da Implantação da Gestão de Pessoas o desenvolvimento institucional, potencializando a integração entre as competências comportamentais e competências técnicas dos colaboradores.

## 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar ferramentas de Gestão de Pessoas numa combinação de múltiplas dimensões do desempenho organizacional e desenvolvimento humano.
- Potencializar a criação de sinergias sócio-profissionais a partir da complementaridade de visões, finalidades, estratégias e perfis.
- Contribuir para a geração, melhoria e difusão de mecanismos integrados, sistêmicos e efetivos de intervenção coletiva no âmbito organizacional.
- Desenvolver projetos, serviços e tecnologias de apoio e estímulo ao desenvolvimento institucional.
- Auxiliar o planejamento estratégico, a elaboração de projetos e funcionamento sustentável da organização.

## 3. METODOLOGIA

O modelo de gestão de pessoas a ser implantado no **EMPRESA** será baseado nos princípios de:

- Gestão de RH contributiva com o negócio
- Gestão por competências
- Comprometimento das pessoas com os objetivos da organização
- Gestão do conhecimento
- Criatividade e inovação no trabalho
- Qualidade de vida no trabalho
- Estímulo ao autodesenvolvimento das pessoas no trabalho

## 4. AVALIAÇÃO E MECANISMOS DE ACOMPANHAMENTO

Todos os projetos serão sistematizados e documentados com o intuito de mensurar, relatar e avaliar os resultados e impactos gerados através de indicadores de desempenho.

Exemplos de indicadores:

- Turnover / Rotatividade
- Treinamento
- Seleção
- Sociais
- Produtividade
- Absenteísmo

## 5. RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar a eficiência e o desempenho dos profissionais
- Aumentar a motivação e trabalho em equipe dos profissionais
- Facilitar a adaptação de trabalho dos profissionais
- Aumentar a produtividade
- Diminuir a rotatividade e absenteísmo
- Estimular a qualidade de vida no trabalho
- Elevar o nível de consciência cidadã e voluntariado
- Estimular o planejamento da carreira
- Fomentar a capacidade de cooperação e prática de ações empreendedoras
- Melhorar o relacionamento empresa / colaborador
- Aumentar o conhecimento e habilidade das pessoas
- Melhorar o atendimento ao cliente

## 6. PROJETO DE CONSULTORIA DE RECURSOS HUMANOS:

- Diagnóstico Organizacional:** Compreender como estão configuradas as dimensões do trabalho na empresa, com o objetivo de identificar processos que possam ser desenvolvidos visando a melhoria do funcionamento da organização.
- Recrutamento e Seleção (R&S):** Seremos responsáveis por todo o processo que envolve desde a abertura da vaga, até a incorporação do funcionário como efetivo na empresa, como forma de atrair novos talentos e garantir o alinhamento com o perfil desejado.
- Plano de cargos e salários (C&S):** Elaboramos a descrição, classificação e avaliação dos cargos por grupos ocupacionais, com base no conceito de competência. Fazer a descrição de cargos e atrelar a uma metodologia salarial, como forma de dar transparência e criação de um plano de carreira na empresa.
- Política de benefícios:** Criar política de benefícios, com a finalidade de aprimorar, otimizar custos e alinhar as normas CLT.
- Treinamento e Desenvolvimento (T&D):** Capacitar colaboradores minimizando gap's de desempenho. Aumentar o comprometimento do gestor e colaborador na elaboração, acompanhamento e implementação do Levantamento de Necessidade de Qualificação (LNQ).
- Gestão do Clima Organizacional:** Otimizar e acompanhar as condições de trabalho, de forma a garantir a satisfação dos colaboradores. Identificamos através dessa técnica o emocional interno da Organização, baseado no modo como as pessoas se sentem em

relação aos demais e a empresa.

- **Gerenciamento de Desempenho:** Implementar avaliação de desempenho (tentar já atrelar à competências), juntamente a criação de um plano de desenvolvimento e feedback. Mapear performances diferenciadas na empresa e acompanhar desempenhos insatisfatórios.
- **Programa de Reconhecimento:** Instaurar no dia-dia o tema reconhecimento, desenvolvendo a prática de celebrar conquistas e evoluções individuais e da empresa. Valorizar, estimular e reconhecer performances diferenciadas que contribuíram para o negócio.
- **Programa de Qualidade de Vida:** Desenvolver ações que promovam uma melhoria no bem estar físico e mental, tanto no que diz respeito aos colaboradores como comunidades que se relacionam com a empresa.
- **Endomarketing (Comunicação Interna):** Desenvolver um processo de comunicação tanto do RH para com os colaboradores, como entre os colaboradores, através de um plano de integração para novos colaboradores e murais.
- **Revisão das Normas Internas:** Revisar normas e procedimentos praticados a fim de verificar adequação as normas CLT.

PROPOSTA CONSULTORIA DE RECURSOS HUMANOS – Modelo III

No. 10513

O valor praticado pela XXXXXXXXXXXX para a Consultoria de Recursos Humanos é:

R\$ 3.500,00 (trezentos reais)

**01 gerente de RH – 12 horas semanais**

Para que o projeto supracitado seja implantado será feito um contrato de prestação de serviços de consultoria de recursos humanos pelo **prazo de 12 (doze) meses podendo ser prorrogado.**

O pagamento deverá ser feito **ANTECIPADO** e até o dia 05 (cinco) de cada mês ( 01+11 parcelas)

A **EMPRESA** deverá disponibilizar condições para execução do trabalho: sala para o setor do Rh, sala de treinamento/seleção equipada, equipamentos multimídia e computadores com acesso a internet e impressoras e materiais de escritório bem como o que se fizer necessário de acordo com a demanda dos serviços.

Cancelamento: Caso a **EMPRESA** venha a cancelar o serviço antes do prazo e que o mesmo já tenha sido iniciado, cobraremos uma taxa no valor equivalente a **50% do valor total do contrato.**

Será automaticamente cancelada a prestação de serviços pela **EMPRESA DE CONSULTORIA**, nos casos de inadimplência da **EMPRESA** em relação a serviços prestados anteriormente.

Não estão inclusas na taxa proposta as seguintes atividades:

- Anúncios específicos e personalizados para a **EMPRESA**
- Custos com locomoção em distâncias superiores a 100 km, hospedagem, locação de salas para processos de seleção fora da cidade. No entanto, quando necessários serão passados ao cliente os custos para avaliação e validação.

VALIDADE DA PROPOSTA

Esta proposta tem validade de **05 (cinco) dias úteis para aprovação** da **EMPRESA** a partir da data de sua emissão.

Atenciosamente,

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DE ACORDO

A **EMPRESA** quando da assinatura da presente **Proposta de Consultoria de Recursos Humanos No. 10513** estará ciente e vinculado a todos termos e condições nela apresentadas pela **EMPRESA DE CONSULTORIA**, até o cumprimento das obrigações por ambas às partes. Deverá ser assinado um contrato de prestação de serviços.

Data: / /

**Nome do responsável pela empresa:**

---

**CNPJ da empresa:**

---

**Assinatura:**

---

## DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

### **BLOCO I – Identificação:**

Nome da EMPRESA:

Razão Social:

CNPJ:

Data da fundação:

Endereço:

Fone/fax Email:

Site:

Responsável:

Certificados:

Número de colaboradores (colaboradores, estagiários, voluntários): Descreva detalhadamente o histórico da EMPRESA:

Projetos da EMPRESA:

Metodologia:

Organograma geral:

### **BLOCO II – Planejamento organizacional:**

1. A EMPRESA possui planejamento estratégico?
2. Quais são os objetivos da EMPRESA?
3. Esses objetivos têm sido mantidos há quanto tempo?

4. Os colaboradores conhecem os objetivos da EMPRESA?
5. Como são comunicados os objetivos de cada área da EMPRESA?
6. A estrutura organizacional é adequada à estratégia da EMPRESA? As atividades estratégicas estão bem posicionadas?
7. Existem metas de resultados para a EMPRESA? Como são estabelecidas? Como são cobradas? Para que prazo costumam ser definidas?
8. Como são estabelecidas e aprovadas as metas e planos da EMPRESA?
9. Esse plano leva em consideração possíveis mudanças no mercado?
10. Quais os pontos fortes da EMPRESA? O que você sugere para aproveitá-los melhor?
11. No planejamento estratégico da organização procura-se dar prioridades a esses pontos fortes? Já foram criadas equipes para recomendar a melhor forma de aproveitar esses pontos fortes?
12. Quais os pontos fracos (vulnerabilidade) da EMPRESA? O que a EMPRESA tem feito para amenizar ou anular esses pontos fracos? Já foram criadas equipes para estudar e recomendar soluções a respeito desses pontos fracos?
13. Como você gostaria de ver a sua EMPRESA a curto, médio e IEMPRESA o prazo? Há recursos para que a EMPRESA chegue a esse ponto desejado?
14. Como é feita a elaboração e avaliação dos projetos?
15. Existem indicadores de desempenho, avaliação? Quais são?
16. Sua EMPRESA utiliza sistemas de informação? Descreva, em linhas gerais, como o mesmo é utilizado, qual finalidade, resultados obtidos com o seu uso, etc.
17. É feito um planejamento para aquisição/renovação ou manutenção dos sistemas de informação da sua EMPRESA? Qual a periodicidade do mesmo? Explique como o mesmo é realizado.
18. Quais na sua opinião deveriam ser as competências mais importantes dos gerentes (ou executivos da EMPRESA)? Os demais dirigentes estão de acordo com esta opinião?
19. A EMPRESA se preocupa com o meio ambiente? Quais procedimentos sua EMPRESA adota nesse sentido?

### **BLOCO III – ASPECTOS FINANCEIROS**

1. Existe alguém de perfil adequado para responder pelas políticas gerais de finanças da EMPRESA?

2. Quando a EMPRESA tem necessidade de captar recursos financeiros quais as fontes que costuma usar prioritariamente? Quem é responsável pela captação de recursos?
3. Os objetivos e estratégias financeiras são consistentes com os objetivos e estratégias gerais da EMPRESA?
4. Os resultados econômico-financeiros recentes são adequados para suportar os programas de investimentos para atingir as metas?
5. Quem elabora analisa, realiza a auditoria e aprova os demonstrativos financeiros?
6. Como atua a auditoria interna? A quem se reporta?
7. Como atua a auditoria externa?
8. Como são controlados os resultados de cada produto/serviço?
9. Como foi montado o plano de contas?
10. Como é executado o processo orçamentário? Como é controlado?
11. Como é feita a cobrança dos pagamentos devidos à EMPRESA?
12. Como são feitas as aplicações financeiras?
13. Como são feitos os contatos bancários?
14. Como é avaliada a conjuntura econômica nacional e setorial?
15. Existem normas nas áreas financeiras? Quais? Deveriam ser introduzidas outras?  
Comente.
16. O gerenciamento financeiro de sua EMPRESA é informatizado? Explique.
17. Como é feita a contabilidade da EMPRESA?

#### **BLOCO IV – ASPECTOS MERCADOLÓGICOS**

1. Existe alguém responsável pelas políticas gerais de marketing da EMPRESA? Qual a sua formação?
2. Qual é o público-alvo da EMPRESA? Isso está claro para todos na EMPRESA?
3. Na sua opinião, quais são as necessidades e os desejos dos clientes? Como se pode chegar a essa conclusão?
4. Os produtos/serviços da EMPRESA, em termos de ciclo de vida, estão em fase de introdução, crescimento, maturidade ou declínio?
5. Quais são os principais concorrentes da EMPRESA em cada produto/serviço ou serviço?
6. Qual a fatia de mercado de cada um? Como é feita a análise da competição?
7. Como são compatibilizadas as vendas com a produção? A EMPRESA tem mais

- facilidade em vender ou produzir?
8. Como é feita a distribuição dos produtos/serviços? Quais os canais de distribuição?
  9. Como se distribuem as vendas pelas várias regiões geográficas?
  10. Quem avalia a conjuntura mercadológica? A demanda para o produto/serviço da EMPRESA é qualificada? Como isso é feito? Qual a expectativa de crescimento e diminuição do mercado? Como a EMPRESA está se preparando para isso?
  11. Como são identificadas as novas oportunidades de negócios? Há oportunidade de novos produtos/serviços?
  12. Existem novos produtos/serviços sendo desenvolvidos? Como foram escolhidos? Quem é responsável por isso?
  13. A EMPRESA tem condição de antecipar as inovações dos competidores? Isto é, de tomar conhecimento dos prováveis lançamentos e mudanças de estratégia mercadológica dos competidores? Caso afirmativo, ela tem condições de agir em função disso? Caso negativo, seria válido um esforço nesse sentido? Como?
  14. Quem aprova os preços dos produtos/serviços? Quem aprova as tabelas de preços? Qual a estratégia de preços utilizada pela EMPRESA?
  15. Existem estratégias de diferenciação dos produtos/serviços?
  16. Quais os mecanismos de vendas utilizados? A EMPRESA usa o comércio eletrônico? Como? Explique.
  17. Existe área de vendas? Quem é responsável por essa área?
  18. Quem estabelece as metas de vendas para cada produto/serviço/ da EMPRESA? Como isso é repassado na área de vendas?
  19. Existem normas na área comercial? Quais? Deveriam ser introduzidas novas normas? Quais? Qual a prioridade?
  20. Existem cotas ou metas para a área de venda? Como é feito o controle? Existe incentivo? Existem campanhas, prêmios, comissões?
  21. Como é feito o acompanhamento das vendas? Quais as medidas tomadas em relação ao não cumprimento das metas?
  22. Como é feita a divulgação dos produtos/serviços? É possível medir os resultados da divulgação?
  23. São feitos estudos de viabilidade técnica comercial e econômica dos novos produtos/serviços? Quem os faz? Quem aprova esses estudos? Quais os critérios usados na aprovação?

24. Existe um cadastramento dos clientes? Como é feito? A quem cabe a sua elaboração e a sua atualização? Quem tem acesso a ele? Quais as informações que aí constam? Existe um programa de fidelização? Explique.
25. O que os clientes acham do seu produto/serviço em relação ao dos competidores? Como você obtém essa informação? Por que os clientes compram em sua EMPRESA e não dos competidores? Como se obtém essa informação? Qual é a imagem que os produtos/serviços ou serviços desta organização desfrutam no mercado?
26. Quais os problemas ou insatisfações que seus clientes têm em relação ao seu produto/serviço? Como você obtém essa informação? Como seus clientes avaliam a qualidade do seu produto/serviço?
27. A EMPRESA tem um procedimento estruturado para ouvir os clientes? Qual?
28. Seus clientes atuais são os mesmos de um ano atrás? Espera-se que sejam os mesmos daqui a um ano? Daqui a dois anos?

## **BLOCO V – ASPECTOS DE RECURSOS HUMANOS**

1. Existe alguém responsável pelas políticas gerais de recursos humanos da EMPRESA? Qual a sua formação?
2. Como é feito o recrutamento e a seleção dos colaboradores?
3. Quais as competências comportamentais mais importantes que, na visão da EMPRESA, deveria ter os colaboradores?
4. Como é feita a integração dos novos colaboradores?
5. Existe um regulamento interno? É entregue alguma cópia aos novos colaboradores? Se houver, quem entrega uma cópia desse regulamento aos novos empregados? Eles assinam um termo de recebimento?
6. Existe um programa de treinamento? Como ele é elaborado e quem o aprova? Como é executado e avaliado?
7. Na visão da EMPRESA, as pessoas estão alocadas adequadamente em suas funções/cargos conforme suas competências e/ou formação? Explique.
8. Existe um sistema de avaliação do pessoal? Explique como o mesmo é realizado. Como é dado o feedback aos avaliados? É possível melhorar tal sistema de avaliação?
9. Existe um planejamento de carreira dessas pessoas dentro da EMPRESA? Existe um plano de cargos e salários? Explique.

10. Como a EMPRESA se situa em termos de competitividade salarial no mercado de trabalho? Como é feita a aferição dos salários da EMPRESA com os do mercado de trabalho?
11. Como são escolhidos os que devem ser promovidos?
12. Existe folha de pagamento, como é processada e quem cuida da folha de pagamento?
13. Como é controlado o horário de trabalho das pessoas? Como é avaliado o absenteísmo e a rotatividade de pessoal?
14. Quais os benefícios que a EMPRESA oferece para o pessoal? Em relação a outras EMPRESAS, esses benefícios são adequados?
15. Como está a situação trabalhista na EMPRESA? É feito algum contrato de trabalho/parceria/voluntariado/estágio?
16. Existem normas na área de recursos humanos? Quais? Há necessidade de serem introduzidas novas normas? Quais?
17. A área de R.H. está informatizada? Explique.

## **BLOCO VI – ASPECTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE**

1. Existe alguém responsável pelos procedimentos a serem adotados na prestação de serviço da EMPRESA? Qual a sua formação?
2. Descreva de forma geral os serviços prestados pela EMPRESA. Há algum que apresenta maior demanda/procura? Qual?
3. Elabore um fluxograma de atividade.
4. Os colaboradores participam de cursos, palestras, seminários, entre outros, para aprimorarem suas atividades? Explique.
5. Há alguém responsável pela análise da qualidade na prestação de serviços?
6. Como é realizada esta avaliação? É feita alguma pesquisa junto aos clientes? Explique.
7. São realizadas reuniões periódicas para avaliar a qualidade na prestação dos serviços? Explique a periodicidade e o assunto abordado nas mesmas.
8. Há alguma preocupação com a padronização no atendimento? Explique.
9. Os colaboradores da linha-de-frente (aqueles que estão em contato direto com os clientes) possuem autonomia para a tomada de decisão? Explique.
10. Há preocupação com os uniformes dos colaboradores, em termos de padronização, higiene, entre outros? Explique.

11. A EMPRESA utiliza algum sistema informatizado que auxilie na prestação de serviços? Explique.
12. Existe alguma estratégia adotada pela EMPRESA para a prestação de serviços (como liderança em custos, diferenciação, focalização, entre outros)? Em qual estratégia a EMPRESA se enquadra?
13. Há algum programa/projeto para um melhor gerenciamento da capacidade da demanda (como preços diferenciados, dependendo do período de alta ou baixa – sazonalidade, turnos de trabalho, treinamento para que os colaboradores sejam multifuncionais, jornadas especiais de trabalho, entre outros)? Explique.
14. A EMPRESA possui ou está buscando algum tipo de certificação?
15. Existe um controle das falhas e re-trabalho na EMPRESA? Quem faz?

## ROTEIRO DE ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO

	<p><b><u>ROTEIRO</u></b> <b><u>DE</u></b> <b><u>ENTREVISTA</u></b> <b><u>A</u></b> <b><u>DE DESLIGAMENTO DA</u></b> <b><u>EMPRESA</u></b></p>	ÁREA /SETOR:  ( ) ADM ( ) COM ( ) PROD	RECURS  OS  HUMANO  S
--	---	--	---

I. IDENTIFICAÇÃO

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Funcionário			
Cargo	Admissão ____/____/____	Turno	Chefia
Idade	Est.Civil	No. Filhos	Escolaridade
Atualmente estudando? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não . É pago? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não . Quem paga seus estudos? _____			

II. PROFISSIONAL

1) Este é seu primeiro emprego?  sim  não . Quanto tempo trabalha na empresa? \_\_\_\_\_ Qual seu salário inicial? \_\_\_\_\_ Qual seu último salário? \_\_\_\_\_

III. EMPRESA

2) A empresa atendeu seus objetivos como empregado?  sim  não. Por quê?

3) Recebeu informações sobre regulamentos, normas, atividades globais da empresa e orientação departamental?  sim  não. Teve dúvidas? Especificações?

5) Recebeu o equipamento de segurança apropriado para o trabalho?  sim  não. Sofreu algum acidente de trabalho?  sim  não. Especifique:

4) Gostava de seu trabalho?  sim  não. O horário de trabalho lhe era favorável?  sim  não. O salário recebido era suficiente para suprir suas necessidades?  sim  não.

6) O tamanho e o equipamento adequadamente?  sim  não.

7) Como eram as condições de trabalho, bem como as instalações?

## VI. BENEFÍCIOS

8) Você já se utilizou dos serviços da área de RH da empresa?  sim  não. Qual?

9) Motivo da procura: \_\_\_\_\_

10) Como foi atendido? \_\_\_\_\_

11) Utilizou alguns convênios da empresa?  sim  não.

Qual (is)? \_\_\_\_\_

O que achou? \_\_\_\_\_

12) Fez algum curso pela empresa?  sim  não. Qual (is)? \_\_\_\_\_

Pôde utilizá-lo em sua função?  sim  não. \_\_\_\_\_

Acredita que poderá utilizá-lo em outra empresa?  sim  não. \_\_\_\_\_

(Caso não tenha feito nenhum curso) Por quê não fez nenhum curso?

## VII. MOTIVO

13) (Caso tenha sido demitido) Você sabe o motivo de sua dispensa?  sim  não.

Qual? \_\_\_\_\_

14) Quem deu a notícia a você? \_\_\_\_\_

15) Como a recebeu? \_\_\_\_\_

16) (Caso tenha pedido demissão) Por quê? \_\_\_\_\_

17) Quais são seus planos daqui para frente? \_\_\_\_\_

Tem algum emprego em vista? \_\_\_\_\_

18) Por quê deseja outro emprego, qual o motivo? \_\_\_\_\_

Se houvesse possibilidades futuras, você voltaria a trabalhar na empresa? \_\_\_\_\_

Por quê? \_\_\_\_\_

VIII. RELACIONAMENTO

19) Como foi seu relacionamento com seu superior? \_\_\_\_\_

20) E com os colegas? \_\_\_\_\_

21) Teve dificuldades em adaptar-se ao ambiente? Explique \_\_\_\_\_

22) Sentiu-se aceito pelos colegas? \_\_\_\_\_

IX. OPINIÕES

23) Caso lhe fosse dado o poder de modificar algumas coisas nesta empresa para melhor, o que você mudaria?

1- \_\_\_\_\_

Por quê?

\_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_

Porquê?

\_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_

Por quê?

\_\_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_

24) O que você aprendeu aqui nesta empresa que poderá utilizar em outro emprego?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

X. IMPRESSÕES A RESPEITO DO FUNCIONÁRIO

COMENTÁRIOS DE RECURSOS HUMANOS

Ansiedade     Franco     Dissimulado     Cooperativo     Rude

Rígido     Deprimido     Vigor     Raiva     Mágoa

Confiança em sua capacidade     Perspectivas de futuro     Medo

Observações

Gerais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO

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

Função: \_\_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_\_\_ Data de Demissão: \_\_\_\_\_

Tempo de empresa: \_\_\_\_\_

Superior imediato: \_\_\_\_\_

Data de entrevista: \_\_\_\_\_

01. Como ocorreu seu ingresso na empresa?

02. Você está se desligando da empresa, por que:

pediu demissão                       foi demitido     pediu para ser demitido (fez  
acordo) Por quê?

3. No desempenho de suas funções, você tinha os equipamentos e materiais necessários para trabalhar em boas condições?

não usava                       não     sim     mais ou menos

04. A empresa contribuiu para o seu desenvolvimento profissional?

04. O pessoal do seu setor se dava bem, isto é, havia companheirismo entre eles?  todos se davam bem

alguns se davam bem, outros não

a maioria não se entendia muito bem Por quê?

05. Você se relacionava bem com o seu superior?

Com superiores de outros setores?

Com o Gerente?

06. Recebeu alguma promoção, desde que foi admitido na empresa? Cite os cargos você ocupou anteriormente?  sim  não

07. No seu ponto de vista, você acha que as promoções eram dadas às pessoas certas ?  
Por quê?

08. Poderia ter progredido melhor em outro setor? Caso positivo qual o setor? Por quê?

10. Como você posiciona a empresa com relação aos seguintes itens?

	O	B	R	I		O	B	R	I
Salário					Crescimento Profissional				
Pagamento					Horário de trabalho				
Organização					Refeitório				
Treinamento					Normas				

11. No seu ponto de vista, o quê poderia ser melhorado na empresa para que todos trabalhassem com mais satisfação?

---

Responsável pela entrevista:

---

Assinatura do colaborador:

## GESTÃO POR COMPETÊNCIAS

### Metodologia de implantação

A gestão por competências é um programa que se instala através de blocos de intervenção que se sucedem de forma simultânea ou passo-a-passo.

#### **PRIMEIRO BLOCO: SENSIBILIZAÇÃO**

Para que tenha sucesso, é fundamental obter o envolvimento e a adesão das pessoas-chave da administração e dos postos de trabalho. A sensibilização deste público na busca do comprometimento deve fazer parte da estratégia inicial ao processo.

A sensibilização ocorre de formas variadas:

- Promoção de reuniões de apresentação e discussão do modelo, para prováveis adaptações à cultura da empresa
- Realização de fóruns de discussão com o objetivo de detectar as falhas do modelo vigente.
- Oferta de seminários para os gestores e formadores de opinião, cujo conteúdo esclareça objetivos, etapas, responsabilidades e resultados esperados.
- Convite à participação em palestras e em cursos externo que tratem sobre o tema.
- Uso dos veículos internos de comunicação (jornais, boletins, revistas) para divulgar de matérias e artigos publicados na mídia.
- Estímulo aos gestores para participar de grupos de discussão e de estudo na Internet.
- Envolvimento dos componentes do Mapa de Poder da empresa, como porta-vozes da área de recursos humanos (gestão de pessoas).

O trabalho de sensibilização, quando bem estruturado facilita a venda da idéia à direção da empresa. Na prática, quando um tema é amplamente discutido nos corredores da empresa, passa a merecer a atenção do grupo gestor.

Partindo-se do pressuposto de que o projeto mereceu a aprovação da diretoria e pessoas-chave, passa-se à fase de **preparação do terreno ou coleta de dados**.

Algumas ações são fundamentais neste momento:

- Certificar-se das diretrizes e missões setoriais e verificar se estão compatíveis com a missão da empresa. Caso contrário, promover seminários ou reuniões de realinhamento.
- Verificar se as unidades de negócio (postos de trabalho) têm suas atividades descritas de forma objetiva.
- Avaliar e discutir os riscos do projeto: custos, rentabilidade, possíveis insucessos, reações, fatores restritivos.
- Definir estratégias para lidar com os riscos, de forma a minimizá-los ou eliminá-los.
- Negociar responsabilidades, participação direta e apoio da direção, clareando o papel da área de recursos humanos (gestão de pessoas), como facilitador do processo.

### **SEGUNDO BLOCO: DEFINIÇÃO DE PERFIS**

O próximo passo consiste em definir as competências essenciais e básicas, necessárias a cada grupo de funções e delinear os perfis.

Estratégias mais comuns:

<b>MAPEAMENTO E DEFINIÇÃO DE PERFIS DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>VANTAGENS</b>	<b>PONTO DE INSUFICIÊNCIA</b>
Reuniões orientadas por consultoria externa, realizada com diretores e alguns gerentes, selecionados por serem formadores de opinião e exercer influência nas diversas áreas da	Objetividade Racionalização de tempo Imparcialidade Enriquecimento das discussões por	Os profissionais externos possuem poucas informações sobre a história social da empresa (jogos de poder, cultura, etc).  Para minimizar este último fator, a empresa-cliente deve repassar o maior número possível de informações à

empresa.		
----------	--	--

	profissional com visão imparcial	consultoria externa.
Reuniões orientadas por consultoria interna, com a presença de diretores e formadores de opinião.	Conhecimento da cultura empresarial.  Valorização do profissional interno.	Se a empresa tem uma estória de planos que não obtiveram sucesso, a consultoria interna pode se sentir enfraquecida na condução do processo.  <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ É necessário capacitar os consultores internos, instrumentalizando-os para a ação.</li> </ul>

<p>Workshop e Seminários, ministrados por consultoria externa ou interna, focando a parte conceitual e metodológica bem como aspectos relativos a comprometimento, responsabilidades e papéis</p>	<p>Sensibilização do público-alvo de forma mais intensa.</p> <p>Possibilidade de colher impressões e feedback dos envolvidos no evento.</p> <p>Participação das pessoas com ideias e sugestões de implantação.</p>	<p>Investimento financeiro maior do que nas estratégias anteriores, quando realizada por terceirizados.</p>
---	--	---

Definidos os perfis de competências é necessário atribuir pesos, de acordo com as exigências de cada unidade de negócios.

Este momento exige alto comprometimento e participação de profissionais internos, aqueles que detém informações sobre a empresa.

No caso do trabalho ser conduzido por consultoria externa, sua atuação resume-se a facilitar o processo através da disponibilização de metodologia específica, instrumentalizar a equipe e evitar direcionar ou influenciar as escolhas. O resultado deve refletir o retrato da empresa e não o da consultoria.

### **TERCEIRO BLOCO: AVALIAÇÃO DE POTENCIAL E FORMAÇÃO DO BANCO DE TALENTOS**

Neste bloco, a metodologia prevê entrevistas, diagnósticos e seminários de identificação de potenciais, os quais resultam no BIT – Banco de Identificação de Talentos.

O Banco de Talentos permite:

- Identificar, a partir do perfil estabelecido pela empresa, as pessoas que estão dentro da média, abaixo e acima das expectativas.
- Informar o “gap” (o que a empresa espera e o que a pessoa apresenta naquele momento).
- Desenhar um plano individual de capacitação por competências, acarretando em considerável redução de custos.
- Fornecer feedback sobre o potencial individual em tempo record.
- Tomar decisões relativas a rodízios, promoções, formação de grupos de sucessão, aconselhamento, remanejamentos.
- Preparar as pessoas para a avaliação do desempenho.

#### **QUARTO BLOCO: MONTAGEM DO PLANO INDIVIDUAL DE CAPACITAÇÃO POR COMPETÊNCIAS E AÇÕES DE DESENVOLVIMENTO**

A filosofia do modelo de competências tem como âncora a crença no potencial ilimitado de desenvolvimento do ser humano.

Os dados obtidos na base de informações permitem a distribuição das pessoas em quatro grupos distintos:

LEGENDA

**T = TALENTOS:** alto potencial e desempenho correspondente ao esperado.

**FT = FUTUROS TALENTOS:** alto potencial e desempenho abaixo do esperado.

**M = MANTENEDORES:** potencial abaixo do esperado e bom desempenho.

**A = ÁREA CRÍTICA:** baixo potencial e mau desempenho

Para cada grupo de pessoas as intervenções variam e têm objetivos diferentes:

PC – Área crítica

Recomenda-se estudar criteriosamente cada caso, buscando dados e referências sobre o profissional em questão.

Descobrir os motivos do baixo desempenho, verificar se as pessoas se adequam em outras funções disponíveis na empresa, fornecer feedback sobre a atual situação e aconselhar, são comportamentos gerenciais que antecedem a qualquer decisão de desligamento. Pelo fato das pessoas apresentarem baixo desempenho, não significa impossibilidade de seu aproveitamento em outra área.

M - Mantenedores

Uma organização precisa de pessoas mantenedoras. Com sua dedicação, conseguem obter um bom desempenho, mesmo com um potencial médio.

Para este grupo, é necessário elaborar programas de desenvolvimento que favoreçam a ampliação e o domínio de competências e um acompanhamento de resultados mais de perto. Aconselhamento, feedback e estímulos são bem vindos neste grupo.

FT – Futuros talentos

Este é um grupo especial. Possuidores de alto potencial, necessitam de um diagnóstico específico, que retrate os motivos de seu desempenho abaixo do esperado. Geralmente relacionam-se com:

- Desmotivação.

- Clima de trabalho contraproducente.
- Gerência pouco estimuladora.
- Locação em funções incompatíveis com o potencial .
- Trabalho pouco desafiador.
- Falta de reconhecimento por parte da empresa.

De posse do diagnóstico, o consultor interno e o gerente imediato definem de que forma tratar cada caso:

- Aconselhamento
- Oferta de ações de desenvolvimento.
- Mentoreamento
- Negociação de metas de melhoria do desempenho, seguidas de acompanhamento direto.
- Outras estratégias que envolvam os profissionais em seu processo de desenvolvimento e valorizem seu potencial.

#### T – Talentos

A grande riqueza das organizações está nos seus talentos. Para mantê-los, faz-se necessário aproveitar seus potenciais.

Este grupo precisa ser cuidado com muita atenção. Nele podem estar os futuros sucessores para cargos de maior responsabilidade. Geralmente os talentos se sentem valorizados quando:

- São chamados para participar de projetos desafiadores.
- Têm suas responsabilidades ampliadas.
- Percebem que a organização está investindo em sua carreira.
- Participam de treinamentos.
- Recebem reconhecimento público pelas suas contribuições.
- Têm a oportunidade de trabalhar em equipe, como coordenadores ou líderes.

É imprescindível que as empresas mantenham um programa de desenvolvimento específico para o grupo de talentos, de forma a retê-los.

## **QUINTO BLOCO – A GESTÃO DO DESEMPENHO**

Este é o bloco que fecha um ciclo do programa de competências.

Após mapear e definir perfis, verificar performances e montar o banco de talentos e capacitar é chegado o momento de avaliar resultados.

A gestão do desempenho prevê a mensuração de resultados através de ferramentas e metodologias específicas.

É através da avaliação das performances individuais que o gerente verifica a evolução ou involução no desempenho das pessoas de sua equipe, obtendo uma nova base de informações.

A verificação do desempenho mantém o foco nas competências definidas nos perfis, agregadas a atitudes e comportamentos que só podem ser observadas no cotidiano de trabalho. As unidades de medida devem conter indicadores que facilitem a verificação.

Uma das estratégias usadas no momento é o feedback em redes.

O QUE EVITAR NESTE BLOCO:

- Atrelar a avaliação do desempenho a promoções ou vantagens financeiras.
- Adotar a avaliação do desempenho como mais uma norma da empresa, deixando de utilizar os dados coletados para alavancar o desenvolvimento das pessoas.
- Implantar o processo sem preparar a empresa para a cultura do feedback.

**Importante lembrar: todo o processo deve ser ancorado por um bom plano de carreira e remuneração.**

Seja bem-vindo(a) a **EMPRESA**.

É com prazer que lhe damos Boas Vindas!

Temos certeza de que você será uma grande aquisição para a nossa equipe de trabalho.

Desde a sua implantação, o **EMPRESA** tem como compromisso desenvolver a qualidade no serviço em todos os níveis da empresa, oferecendo produtos e serviços de qualidade e atendimento personalizado. É isso que o nosso cliente procura e deseja.

Neste sentido, direcionamos nossos esforços, buscando não apenas satisfazer as necessidades dos nossos clientes, mas, sobretudo, superar suas expectativas e garantir o seu pleno encantamento.

## NOSSA EMPRESA

---

Na década de 60, precisamente aos 20 de janeiro de 1962 nascia a Bezerra Oliveira Ltda. Um desafio assumido pelo jovem Honório Bezerra, partindo da compra e venda de peças para automóveis modelos Willys, Ford e Chevrolet.

Com visão estratégica, trabalho, dedicação e auxílio dos filhos, Honório transforma a Bezerra Oliveira numa forte e respeitada empresa no cenário nacional.

Quase meio século depois, a Bezerra Oliveira conta com mais de 40.000 itens em estoque disponíveis para atender seus mais de 3000 clientes em 12 estados diferentes, fornecendo soluções através das unidades de autopeças, motopeças e industrial.

Com competência e planejamento, o Grupo Bezerra Oliveira caminha firme e obstinado em direção ao sucesso e satisfação de seus clientes, os quais com trabalho, responsabilidade, honestidade e ética foram conquistados, e com simpatia, sinceridade e cordialidade transformaram-se em amigos.

## NOSSA VISÃO

---

**Distribuir os melhores produtos e garantir soluções para os segmentos automotivos, moto-peças e industrial, gerando satisfação e fidelidade dos parceiros comerciais (clientes e fornecedores), colaboradores e acionistas.**

## NOSSA MISSÃO

---

**Ser o distribuidor reconhecido nacionalmente como uma empresa inovadora, estabelecendo parcerias, fornecendo as melhores soluções e serviços, garantindo a satisfação de seus clientes, colaboradores e acionistas, perpetuando-se como uma organização lucrativa, feliz e cidadã.**

## NOSSOS VALORES

---

- **Honestidade**
- **Ética**
- **Comprometimento**
- **Respeito as pessoas**
- **Acessibilidade**
- **Flexibilidade**
- **Fé em Deus**
- **Humildade**

## NOSSOS COLABORADORES

---

Representam o capital intelectual e o ativo de grande importância da empresa.

## NOSSOS CLIENTES

---

Pessoas de suma importância e parceiros em nosso negócio. Devem receber nossos produtos e serviços com a máxima qualidade e agilidade, garantindo-lhes os melhores resultados.

## NOSSOS FORNECEDORES

---

Parceiros de essencial importância na elaboração e qualidade de nossos produtos.

## NOSSOS DIREITOS

---

- **Pagamento:**  
**Vendedores** - até o 5º dia útil do mês  
**Demais colaboradores** - Demais – 40% na quinzena e 60% restante dia 30.
- **Salário Família:** até R\$ 472,43 - R\$ 24,23 / de 472,44 até 710,08 - R\$ 17,07 por filho.
- **Adicional Noturno**
- **FGTS**
- **Repouso Semanal Remunerado**
- **Décimo Terceiro Salário**

- **Vale Transporte** – desconto de 6% do salário

**Férias:**

Direito a férias - quando completar um ano de trabalho na empresa de CTPS assinada.

**Assiduidade:**

até 05 dias	30 dias de férias
06 a 14 dias	24 dias de férias
15 a 23 dias	18 dias de férias
24 a 32 dias	12 dias de férias

**Perde o direito a férias:** paralisação total dos colaboradores por mais de 30 (trinta) dias, auxílio-doença ou acidente de trabalho por mais de 6 (seis) meses.

**Faltas Legais ( justificadas):**

- 1 dia, em cada 12 meses de trabalho, doação sangüínea;
- 2 dias: óbito de ascendentes ou descendentes;
- 3 dias: casamento
- 5 dias: Licença paternidade;
- Atestado médico: entregar no Setor de Pessoal até no máximo 24 horas após a falta;
- 120 dias para licença maternidade, no seu retorno estabilidade de 30 dias;
- Vestibular

**ATENÇÃO!**

Em caso de afastamento como auxílio doença, férias, licença maternidade, acidente de trabalho, não tem direito a vale transporte.

Para maiores esclarecimentos sobre estes direitos procurar o Setor de Pessoal.

**NOSSOS BENEFICIOS**

---

- Refeitório
- Plano de Saúde- Unimed, HAPVIDA (de acordo com a tabela plano empresa)
- Plano Odontológico- ABS
- Convênio Farmácia – Dom Bosco
- Cartão Com Você
- Fardamento
- Area de Convivência
- Vale-Gás

- Auxílio creche – R\$ 57,53 (durante 6(seis) meses após o nascimento)

## NOSSOS DEVERES

---

- Pontualidade;
- Assiduidade;
- Zelar pelo equipamento de trabalho e patrimônio, evitando o mau uso ou desperdício;
- Zelar pela boa imagem da empresa;
- Manter sempre boa aparência pessoal e hábitos de higiene;
- Responder por perda e/ou dano de algum equipamento sendo por negligência ou imprudência;
- Submeter-se a auditoria e fiscalização a critério de sua chefia e setores competentes;
- Bater o ponto eletrônico (intranet)
- Trabalhar dando um atendimento diferenciado aos nossos clientes internos e externos;
- Sempre que for solicitado colaborar com seus colegas de trabalho.
- Saídas antecipadas: Avisar, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, ao chefe do seu setor, sobre a necessidade de se ausentar do escritório, seja para consultas médicas ou congêneres.

## SANÇÕES DISCIPLINARES

---

Todos os procedimentos, normas, proibições devem ser rigorosamente observados e cumpridos. O não cumprimento das mesmas implicará em:

- Advertência escrita I;
- Advertência escrita II;
- Suspensão de 1 (um) a 3 (três) dias;
- Demissão.

**A não observância de quaisquer normas internas da empresa resultará na aplicação das sanções acima mencionadas, sendo comunicadas por escrito.**

Dependendo do histórico disciplinar e no caso da falta implicar em desrespeito, desabono a quem quer que seja, ferir os princípios ou interesses da empresa, bem como a sua imagem, podem ser dispensadas as advertências, recorrendo diretamente à suspensão.

**Segundo o Art.482 da CLT são consideradas faltas gravíssimas que levam a uma demissão por justa causa:**

- Ato de improbidade (roubo);
- Incontinência de conduta por conta de mau procedimento;
- Negociação habitual por conta própria ou alheia sem permissão do empregador, e quando constituir ato de concorrência com a empresa para a qual trabalha o empregado, ou for prejudicial ao serviço;
- Condenação criminal do empregado, passando em julgamento, caso tenha havido suspensão da execução da pena;
- Desídia no desempenho das respectivas funções;
- Embriaguez habitual ou em serviço;
- Violação de segredo da empresa;
- Ato de indisciplina ou insubordinação;
- Abandono de emprego (um mês).

O cumprimento das penalidades quanto às infrações normas e procedimentos por parte de todo o pessoal, **é de responsabilidade específica dos supervisores ou gerentes** competentes.

### O QUE NÃO DEVEMOS FAZER

---

xistem, entretanto, alguns atos que se realizados, atrapalham o andamento normal das atividades. ois isso, conheça o que **não é aceito** pela empresa:

- **Tratar de assuntos particulares durante o horário de trabalho;**
- **Portar armas de qualquer natureza;**
- **Sair da empresa, no horário de trabalho, sem autorização do superior;**
- **Realizar registro de ponto por terceiros;**
- **Efetuar troca de turnos com outro colaborador sem autorização do superior;**
- **Utilizar-se de telefones ou materiais da empresa para assuntos particulares;**
- **Fumar;**
- **Entrar nas dependências da empresa alcoolizado;**
- **Comercialização de qualquer artigo nas dependências da empresa;**
- **Roupas que não sejam adequadas ao ambiente de trabalho;**
- **Receber visitas de parentes, amigos e ex-colaboradores no ambiente de trabalho sem autorização do superior;**
- **Fazer propagandas políticas e religiosas no local de trabalho;**
- **Levar material de uso exclusivo da empresa;**
- **Utilizar-se de equipamentos da empresa em benefício próprio seja para execução de trabalhos seus ou de pessoas estranhas;**

### ORIENTAÇÕES FUNDAMENTAIS

---

Se você for eficiente, trabalhador(a), disciplinado(a), dedicado(a) e cumpridor(a) dos seus deveres, muitas e excelentes oportunidades lhe serão oferecidas.

Só o bom trabalhador progride!

A empresa está interessada em seu progresso.

Tudo, porém, depende de você: seu esforço, sua lealdade e o seu modo de se conduzir no trabalho.

Seu Supervisor poderá orientá-lo desde o início da sua vida entre nós. Ele procurará integrá-lo no seu grupo de trabalho, onde todos como você foram bem selecionados.

Em seu setor de trabalho, serão passadas as tarefas que você poderá executar. Pessoas eficientes e mais experientes prestarão todo o auxílio necessário. Dirija-se a elas sempre que precisar e sem constrangimento.

## HORÁRIO DE TRABALHO

---

O horário normal da empresa é de 44 horas semanais.

### **Verificar seu horário de trabalho com o seu superior imediato**

O horário de trabalho estabelecido deve ser cumprido rigorosamente por todos os colaboradores, podendo, entretanto, ser alterado conforme necessidade do serviço.

Os colaboradores devem estar em seus respectivos postos de trabalho na hora de iniciar suas tarefas, não sendo permitido atrasos, salvo nos casos de justificativas apresentadas relacionadas com as normas internas da empresa.

Tolerância sem justificativa: 45 minutos mensais

## PONTO ELETRÔNICO - INTRANET

---

Cabe ao colaborador acessar a intranet e marcar o ponto eletrônico pessoalmente. no início e término da jornada, nos intervalos para refeição e repouso, sendo expressamente proibida a marcação por outra pessoa.

Os eventuais enganos de marcação deverão ser comunicados ao supervisor da área ao Setor de Pessoal até no máximo 3 dias após o engano.

Mais de três ajustes em cada mês, acarretará em advertência por escrito, e se houver reincidência, o colaborador perderá as horas que deixou de marcar seu ponto.

As folgas solicitadas e determinadas pela chefia, deverão ser expressamente comunicadas por escrito, ao Setor de Pessoal.

## **DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ declaro ter participado do Treinamento de Integração à empresa, assim como ter recebido o MANUAL DE INTEGRAÇÃO DO(A) COLABORADOR(A), propondo-me cumprir **rigorosamente** as normas da empresa, tendo ciência que o referido MANUAL faz parte integrante do Contrato Individual de Trabalho com a Empresa.

## 38.0 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ONLINE

Atendimento online, como fazer?

Com a pandemia da COVID-19 ou Coronavírus e a necessidade de isolamento social, muitos(as) Psicólogos(as) que atuavam com atendimentos presenciais têm avaliado a viabilidade de manter seus atendimentos na modalidade online.

Para auxiliar as(os) profissionais nessa reflexão, elencamos as principais dúvidas da categoria profissional sobre o atendimento psicológico de modo remoto.

Existe alguma normatização para o atendimento on-line?

Sim, a prestação de serviços psicológicos por meio de Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs), ou comumente chamado de atendimento psicológico online, é regulamentada pela Resolução CFP nº 011/2018 e Resolução CFP nº 004/2020.

Posso manter meus ou minhas clientes/pacientes que atendia presencialmente atendendo online?

A(O) Psicóloga(o), em sua autonomia e responsabilidade profissional, deverá analisar caso a caso a viabilidade da continuidade dos serviços a distância e identificar qual meio de comunicação será utilizado. Ainda, é essencial que a(o) cliente/paciente seja envolvida(o) em tal decisão, tendo em vista que as características desta prestação do serviço perpassam pelo acordo entre prestador(a) do serviço e contratante.

A Resolução CFP nº 011/2018 prevê os serviços que podem ser ofertados nesta modalidade.

Verifique se a sua atividade está contemplada na resolução:

- Consultas e/ou atendimentos psicológicos que poderão ser realizados em tempo real (atendimento síncrono) ou de forma assíncrona (como mensagens, e-mail, ligação telefônica, entre outros), nas diferentes áreas de atuação da Psicologia com vistas à avaliação, orientação e/ou intervenção em processos individuais e grupais;
- Processo de recrutamento e seleção de pessoal;
- Utilização de instrumentos psicológicos devidamente regulamentados por resolução pertinente, sendo que os testes psicológicos devem ter parecer favorável do Sistema de

Avaliação de Instrumentos Psicológicos (SATEPSI), com padronização e normatização específica para utilização online;

- Supervisão técnica dos serviços prestados por Psicólogas(os) nos mais diversos contextos de atuação.

Como migrar a prestação de serviço presencial que realizo para a modalidade online?

### *1. Realizar o cadastro na plataforma E-Psi*

O primeiro passo para iniciar o atendimento online é realizar o cadastro na plataforma E-Psi do Conselho Federal de Psicologia. Toda(o) Psicóloga(o) que realiza atendimento online precisa solicitar o cadastro nesta plataforma. Considerando o cenário atual, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) emitiu a Resolução CFP nº 004/2020, indicando que a(o) profissional não precisará aguardar o Parecer do Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP-PR) para o início desta prestação de serviços e, ainda, fica temporariamente suspensa a restrição aos públicos elencados na Resolução CFP nº 11/2018.

Reiteramos que a(o) profissional ainda assim deve acessar a plataforma e realizar o cadastro, antes de iniciar o atendimento a distância. Para mais informações [clique aqui](#).

É importante ressaltar que a(o) profissional possui autonomia em seu exercício profissional, devendo seguir o Código de Ética Profissional e os decretos municipais, estaduais e federais que dispõem acerca da quarentena nos municípios.

### *2. Definir o meio de comunicação a ser utilizado no atendimento*

Outra questão muito relevante é a(o) profissional definir através de qual ferramenta realizará o atendimento a distância. A(o) Psicóloga(o) deverá estar atenta(o) às suas habilidades no manejo do recurso escolhido e às condições de acesso ao recurso – se é preciso internet, cadastro prévio, baixar aplicativo, se deve ser enviado um link de acesso à(o) cliente. Também é necessário verificar o quanto o meio de comunicação e o ambiente da(o) profissional e da(o) cliente permitem a manutenção do sigilo e a qualidade do serviço prestado.

### *3. Formalizar a prestação de serviço online via contrato*

É importante que a prestação de serviço psicológico na modalidade online seja formalizada através de contrato de prestação de serviço. O contrato é uma garantia para a(o) Psicóloga(o) e para a(o) cliente, uma vez que estabelece os direitos e deveres das partes, regulando a forma como o trabalho será desenvolvido, considerando questões como:

- Natureza do serviço: psicoterapia, avaliação psicológica estruturada, perícia;

- Forma de atendimento: telefone, e-mail, plataformas específicas; atendimento síncrono ou assíncrono;
- Duração do atendimento;
- Frequência do atendimento;
- Sigilo profissional;
- Cuidados com o ambiente para a prestação do serviço;
- Remuneração profissional: valor do atendimento, formas de pagamento, cancelamento da sessão, falta;
- Demais questões pertinentes e peculiares a cada situação.

Mesmo nas situações nas quais já exista um contrato de prestação de serviços estabelecido, é recomendável que seja retificado considerando as mudanças decorrentes da alteração da modalidade de atendimento presencial para online.

O CRP-PR disponibiliza modelos de contrato à categoria. Porém, os documentos devem ser adaptados pela(o) profissional tendo em vista sua prática e acordos estabelecidos com a(o) paciente/cliente/usuária(o). Para ter acesso aos modelos, [clique aqui](#).

#### *4. Cuidados da(o) Psicóloga(o) para o atendimento online*

Durante o atendimento online a(o) Psicóloga(o) deve cuidar também com o ambiente físico do qual se conecta com a(o) cliente. No contexto da pandemia do COVID-19 muitas(os) profissionais estão em isolamento em casa, portanto, devem se atentar a variáveis específicas desse contexto como: excesso de ruído, animais de estimação, circulação de outras pessoas, etc. Também é importante ter um bom antivírus e internet de qualidade, fazer utilização de fones de ouvido e acordar com a(o) cliente que ela ou ele também estará em um ambiente privativo e que também deverá tomar essas medidas.

É fundamental que a(o) profissional sempre preze pela qualidade do atendimento, estando atenta(o) ao ambiente virtual e outros aspectos como: utilizar vestimentas de trabalho adequadas, observar se a câmera fica numa altura satisfatória para a(o) cliente vê-la(o) confortavelmente, evitar ruídos externos, com luz adequada, ter o cuidado para construir um ambiente neutro e adequado, pois neste momento este é o seu ambiente de trabalho, conforme prevê o Código de Ética do Psicólogo.

#### *5. Orientações à(ao) cliente*

Diferentemente do atendimento presencial, no atendimento online a(o) Psicóloga(o) precisa considerar, além do seu ambiente físico e virtual, o ambiente físico e virtual da(o) cliente em conexão. Nessa modalidade de atendimento a garantia de sigilo profissional também envolve a(o) cliente, que deve ser orientada(o) quanto aos cuidados a serem adotados como: estar em

um ambiente da casa que não tenha interferências externas (excesso de ruído, animais de estimação, circulação de outras pessoas, etc.), ter um bom antivírus e internet de qualidade e fazer utilização de fones de ouvido.

#### *6. Registro documental e elaboração de documento*

O atendimento psicológico na modalidade online não dispensa o registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos, conforme disposto na Resolução CFP nº 001/2009. Estes registros podem ser realizados em papel ou meio informatizado e têm por objetivo contemplar o trabalho prestado, a descrição e evolução das atividades e os procedimentos técnico-científicos adotados.

Os registros documentais/prontuários devem estar devidamente organizados e guardados por um período mínimo de cinco anos. Também devem ser mantidos em local que garanta sigilo e privacidade e à disposição dos Conselhos de Psicologia para orientação e fiscalização. Recomendamos que os documentos produzidos por Psicólogas(os), decorrentes de atendimentos realizados por TICs, quando solicitados por quem de direito, sejam entregues com a assinatura (certificação) digital da(o) profissional. O protocolo de entrega pode ser a resposta ao endereço de correio eletrônico de envio, na qual a(o) cliente confirma o recebimento.

Salientamos que dentro das responsabilidades profissionais, está a de seguir as legislações vigentes, mesmo neste momento de crise. Entre elas estão, por exemplo, sigilo profissional (Código de Ética), forma de publicidade (Nota Técnica CRP-PR nº 002/2019) e elaboração de documento psicológico quando solicitado por quem de direito (Resolução CFP nº 006/2019).

Posso atender crianças e adolescentes online?

A(O) profissional deverá avaliar o atendimento de crianças e adolescentes na modalidade online, considerando a sua proposta de trabalho, as demandas para o atendimento, a idade da criança, o manejo do recurso tecnológico de comunicação a distância usado para o atendimento, condições de sigilo, conforme artigos 9º e 13 do CEPP e demais fundamentações técnicas.

Conforme estipula o Código de Ética do Psicólogo, é necessária a autorização de ao menos um dos responsáveis legais para a prestação de serviços a este público. Nas situações em que haja litígio entre as(os) responsáveis legais, recomendamos que a autorização seja solicitada a ambos, por escrito.

Ressalta-se aqui a autonomia da(o) profissional para definir a forma e modalidade de atendimento adequada à cada situação, considerando a legislação vigente e as questões técnicas.

Existem atendimentos que não podem ser realizados na modalidade online?

A Resolução CFP nº 011/2018 estabelece como inadequado o atendimento psicológico online de pessoas e grupos em situação de urgência e emergência, situação de emergência e desastres, bem como em situação de violação de direitos ou de violência. No entanto, diante do cenário de pandemia do novo coronavírus foi publicada a Resolução CFP nº 004/2020 que suspende, de forma excepcional e temporária, a restrição a estes públicos para flexibilizar esta forma de atendimento e, assim, evitar a descontinuidade da assistência à população durante a pandemia.

Posso realizar trabalho voluntário na modalidade online?

Para a realização de trabalho voluntário online, a(o) Psicóloga(o) deve seguir as mesmas recomendações do atendimento presencial, atentando-se ainda para a Lei do Voluntariado. Para mais informações consulte a [Nota CRP-PR nº 001/2020](#): Orienta a(o) Psicóloga(o) sobre o atendimento psicológico nas políticas públicas e instituições privadas, diante da pandemia do COVID-19 .