

Ficha cadastral

Dados pessoais

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: () M () F

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Quais os meios de comunicação que encontrou à clínica Vivence? (assinalar)

Redes Sociais () Indicação de amigos () Outros () _____

Dados do menor

Nome completo: _____

Grau de parentesco: _____

Telefone: () _____

Informações – Saúde - Histórico

Possui plano de Saúde? (assinalar)

() Sim () Não Qual ? _____

Possuí Laudo Médico? (assinalar)

Sim() Não() se houver, qual o CID ? _____

Acriança ou o adolescente possui curatela? (assinalar)

Sim() Não()

Acriança ou o adolescente toma medicação (assinalar)

Sim() Não () Quais _____

Quanto tempo? _____

Alergias: _____

Já realizou terapias anteriormente: Sim () Não () Onde ? _____

Quanto Tempo: _____

Qual sua expectativa / Objetivo do atendimento na Clínica Vivence ?

Área de Atendimento (assinalar)

- | | | |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|
| () Fonoaudiologia | () Terapia Ocupacional | () Psicologia |
| () Fisioterapia | () Terapia aquática | () Musicoterapia |
| () Psicomotricidade | () Nutrição | () Psicologia Parental |
| () Psicopedagogia | () Oficina de Artes | () Psicologia ABA |

Assinatura do paciente ou responsável

Data ____/____/____

OBS; anexar cópia dos laudos se houver

Termo de Autorização de Uso de Imagem – Vivence Clínica Multidisciplinar

Eu, _____, responsável legal por
_____ (paciente), autorizo a Vivence
Clínica Multidisciplinar a utilizar, sem ônus financeiro, a imagem do(a) paciente em:

Materiais institucionais da clínica.
Publicações em redes sociais e site institucional.
Campanhas publicitárias e educativas.

Declaro estar ciente de que:

As imagens não serão comercializadas.

O uso terá finalidade exclusivamente institucional, científica e/ou educativa.

A qualquer momento posso revogar esta autorização por escrito.

Opções (assinale):

- ☐ Autorizo o uso da imagem conforme descrito acima.
☐ Não autorizo o uso da imagem.

Local e data: _____

Nome e assinatura do responsável: _____