



Título: Formulário de Especialidades - Psicologia

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-0543 - V.0

Fase: Vigente

Nome: _____

Matrícula: _____

Local onde atende IPASGO: _____

Contato: Celular: _____ Fixo: _____

Quantidade de vagas/semana: _____ Horário: _____

Abordagem teórica/formação: _____

Marque as opções que identificam seus atendimentos:

Localidade:

() Goiânia () Cidade do Interior Qual? _____.

Faixa etária dos clientes:

() Adulto

() Idosos

() Adolescentes (12 a 18 anos)

Crianças () 0 a 5 anos () 05 a 10 anos () acima de 10 anos () Todos

Especialidades e qualificações:

() TEA – Transtornos do Espectro Autista

() Transtornos do neurodesenvolvimento

() Transtornos alimentares /Obesidade

() Psicodiagnóstico

() Avaliação Neuropsicológica

() Família

() Casal

Atende métodos e/ou técnicas terapêuticas voltadas para o TEA (ABA, Dir Floortime, Denver, Teacch etc)?

() Sim Quais? _____.

() Não

Prestador

____/____/_____
Data