

Processo: \_\_\_\_\_  
Entrada: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Ass: \_\_\_\_\_

## Formulário para Sinalização para Consultas

### SERVIÇO PRETENDIDO

PSICOLOGIA       TERAPIA DA FALA

### IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO DO SERVIÇO

Nome: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Cartão de Cidadão nº \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ Nº Utente SNS: \_\_\_\_\_  
Nº Seg. Social: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO EM CASO DE CRIANÇAS E JOVENS

**Dados de Identificação Parental** (pessoas que exerçam a regulação das responsabilidades parentais)

Nome: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_  
Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Telemóvel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_  
Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Telemóvel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### Estabelecimento De Ensino que o Menor Frequenta:

Identificação do Estabelecimento: \_\_\_\_\_  
Localidade: \_\_\_\_\_ Ano de Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Nome do Educador/Professor/Diretor de Turma: \_\_\_\_\_

### MOTIVOS GERAIS DA SINALIZAÇÃO/PEDIDO

<input type="checkbox"/> Sintomas Depressivos	<input type="checkbox"/> Problemas de Comportamento
<input type="checkbox"/> Luto	<input type="checkbox"/> Problemas de Linguagem/ Fala
<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Problemas de Leitura e Escrita
<input type="checkbox"/> Conflitos Familiares	<input type="checkbox"/> Outro.
<input type="checkbox"/> Problemas de Aprendizagem	Qual? _____

## CONTEXTO DO PEDIDO

- Criança/Jovem residente no concelho e encaminhado pelos sistemas de promoção e proteção.
- Residente no Concelho de Vila Real de Santo António <sup>1</sup>
- Residentes sinalizados pela Divisão de Saúde e Intervenção Social do Município <sup>2</sup>
- Residentes sinalizados pelo Instituto da Segurança Social/SICAD/Entidades Judiciais/IPSS/Serviços de Saúde <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Anexar comprovativo de residência fiscal

<sup>2</sup> Anexar declaração da Entidade a comprovar a necessidade do serviço

## DECLARAÇÃO

Para efeitos de inscrição nos serviços do Município de Vila Real de Santo António, declaro que todas as informações prestadas neste impresso são verdadeiras.

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

Os dados fornecidos neste formulário são de recolha obrigatória. De acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados, informa-se que todos os dados pessoais recolhidos serão processados informaticamente e não serão partilhados ou tratados por terceiros, destinando-se apenas ao tratamento interno estritamente necessário pela Câmara Municipal de Vila Real de Santo António, para o fim a que foram fornecidos.

- Compreendi e **AUTORIZO** que os meus dados pessoais sejam informatizados e tratados para os fins referidos.

---

## A PREENCHER PELO NEIP

### Documentos entregues e devidamente preenchidos:

- Relatórios e Informações de outras entidades. Quais? \_\_\_\_\_
- Outros documentos. Quais? \_\_\_\_\_

### Decisão e Apreciação Prévia

- Aceitar Processo
- Arquivamento. A situação descrita:  Não se verifica  Já não subsiste
- Encaminhamento para outro serviço/entidade competente. Qual? \_\_\_\_\_

**Observações:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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