

# FICHA DE ACOLHIMENTO - PSICOTERAPIA

Psicóloga Giovana CRP:08/45995

## 1. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

---

**Nome:** TESTE

**Data Nasc:** 05/03/1994

**Nome Social:** TESTE

**Endereço:**  
Rua Professora Maria Cleusa Milleo Romano 66

**Profissão:** NKSDAKSDAKSDAJSDASDSADASDA

**Religião:** NKSDAKSDAKSDAJSDASDSADASDA

**Escolaridade:** NKSDAKSDAKSDAJSDASDSADASDA

**Telefone:** 44999029926

**E-mail:** ADM.AZDEVCODER@GMAIL.COM

## 2. IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS

---

**PAI:**  
**Nome:** -  
Idade:    Profissão:    Escolaridade:

**MÃE:**  
**Nome:** -  
Idade:    Profissão:    Escolaridade:

**Endereço dos Pais:**

## 3. QUEIXA PRINCIPAL

---

**Descreva a queixa principal:**  
aadasdasd

**Evolução (Como começou):**  
asdasdasdas

**Início:** REPENTINO

**Sintomas atuais:**  
asdsadsad

## 4. MEDICAMENTOS

---

**Usa Medicamentos?** NÃO

**Quais:**  
asdasd