UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA

ORIENTAÇÕES PARA ESTÁGIO NA CLÍNICA-ESCOLA

Sumário

1 Dos procedimentos administrativos necessários para atuação no SPA 1

2. Das modalidades de atendimento oferecidas na clínica-escola 3

2.1 Plantões 3

2.2 Triagem/Recepção 3

2.3 Atendimentos psicoterápicos e neuropsicológicos 4

3. Da documentação referente aos casos acolhidos e/ou acompanhados 4

4. Dos documentos disponíveis para os usuários 6

5. Da solicitação de instrumentos psicológicos do SPA 7

6. Do encerramento da psicoterapia individual/grupo e da avaliação/reabilitação neuropsicológica 8

Anexos 9

Formulário 1 – Ficha de Cadastro 10

Formulário 2 – Entrevista de Triagem / Recepção 11

Formulário 3A – TCLE (adulto) 12

Formulário 3B – TCLE (criança / adolescente) 13

Formulário 3C TCLE (atendimento em Grupo /adulto) 14

Formulário 3D – TCLE (atendimento em Grupo / menor de idade) 15

Relato individual de participação em Grupo (verso dos formulários 3C e 3D) 16

Formulário 4A – Controle de Frequência 17

Formulário 4B – Controle de Frequência (Grupo) 18

Formulário 5 – Folha de Informação Atualizada 19

Formulário 6A – Declaração de Comparecimento 20

Formulário 6B – Declaração de Comparecimento (acompanhante) 21

Formulário 7A – Formulário de Encaminhamento Externo 22

Formulário 9 – Quadro de Atendimentos realizados na Clínica-Escola 23

Formulário 10 – Declaração de Atendimento 24

Formulário 11 - Autorização de comparecimento desacompanhado 25

Formulário 12 - Empréstimo de testes psicológicos 26

ORIENTAÇÕES PARA ESTÁGIO NA CLÍNICA-ESCOLA
DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA DA UFRRJ

Para o estudante que realizará o estágio na clínica-escola do Serviço de Psicologia Aplicada da UFRRJ, é necessário, em seu primeiro dia na instituição, reportar-se à secretaria local a fim de apresentar-se aos profissionais que lá atuam, informando seu nome, equipe de supervisão à qual está vinculado, telefones de contato e dias destinados às atividades de estágio. A partir daí, o estudante será apresentado aos demais funcionários do SPA e receberá orientações gerais sobre o setor.

1. Dos procedimentos administrativos necessários para atuação no SPA

- abertura da pasta pessoal do estagiário ou da pasta de grupo, onde são arquivados os envelopes com os documentos dos usuários em atendimento sob sua responsabilidade. Estas pastas são identificadas com o nome do estagiário e ficam arquivadas no armário da secretaria para serem acessadas exclusivamente pelo estagiário ou pela equipe profissional do serviço, caso necessário.
- inclusão no grupo virtual - o estagiário deve participar do grupo de Whatsapp do SPA, onde são trocadas informações relevantes sobre o estágio e as atividades do serviço.
- agendamento de plantões - cabe ao estagiário do SPA realizar plantões semanais para atendimento daqueles que procuram o setor. A secretaria mantém uma planilha virtual para agendamento destes plantões, onde o estagiário inclui seu nome, comprometendo-se a estar presente na clínica-escola duas horas por semana nos dias e horários indicados. O número máximo de alunos por hora é de dois. A planilha mensal será fechada no dia 25 do mês de cada mês, para ser impressa e divulgada no mural da secretaria da clínica-escola.
- agendamento de atendimentos - o estagiário autorizado pelo supervisor entrará em contato com o usuário para agendar o início dos atendimentos. Marcações, remarcações ou desmarcações são responsabilidade do estagiário.
- utilização do mapa virtual de agendamento das salas - cabe ao estagiário consultar a disponibilidade de horário e sala na agenda virtual:

https://docs.google.com/document/d/14Qcn4r9p0Hd_w7-si3ti6ti4jmiZblT5D1Us0fA8vo0/edit

A marcação dos horários não pode exceder dois horários seguidos num mesmo turno. Caso

haja desmarcação, o estagiário deverá comunicar imediatamente ao grupo e, em caso de encerramento do atendimento, liberar o horário/sala na agenda.

A agenda virtual tem que ser preenchida seguindo o seguinte modelo:

Para usuários em atendimentos fixos: Nome do estagiário (dentro de parênteses escrever "fixo" + número de registro do usuário). Ex.: Selma (Fixo – 00)

Para entrevistas de triagem/recepção: Nome do estagiário (dentro de parênteses escrever "triagem" + número de registro do usuário + data da realização da triagem). Ex.: Selma (Triagem – 00 – 01/01/2018)

Para reposição: Nome do estagiário (dentro de parênteses escrever "reposição" + número de registro do usuário + data da reposição). Ex.: Selma (Reposição – 00 – 01/01/2018)

- registro de frequência do estagiário - a secretaria mantém uma folha para assinatura e registro do horário de entrada e saída da clínica-escola.
- registro de ocorrências - há um livro de registro de ocorrências na secretaria da clínica-escola onde o estagiário precisa anotar, de forma sucinta, as atividades realizadas no seu período de permanência no setor, horários de entrada e saída dos usuários atendidos e qualquer ocorrência observada ou vivenciada que precise ser notificada à equipe como um todo.
- quadro de atendimentos - No final do período, por ocasião do fechamento de sua pasta de trabalho na clínica-escola, o estagiário deverá preencher e entregar impresso o **Quadro de Atendimentos** (Formulário 9), que é uma ficha com o resumo das atividades realizadas no estágio durante o semestre, na qual constarão os casos atendidos no processo de triagem/recepção e em psicoterapia ou avaliação/reabilitação neuropsicológica, além das datas e carga horária de plantão.

São orientações gerais para os atendimentos:

- o estagiário deve chegar com 15 minutos de antecedência à clínica-escola para o atendimento e, havendo possibilidade, aguardar o usuário no consultório previamente agendado. Se for necessário aguardar a secretaria, o estagiário terá que fazê-lo silenciosamente até o término do atendimento anterior.
- o estagiário precisa respeitar o tempo limite de atendimento individual por usuário, de até 50 minutos, para que haja tempo hábil de desocupação e arrumação do consultório

para o próximo atendimento. No caso de atendimentos em grupo são agendados dois horários consecutivos.

- **crianças sempre devem estar acompanhadas pelos responsáveis**, que não podem se ausentar da clínica durante todo o horário de atendimento. Em hipótese alguma as crianças podem ser deixadas sozinhas ou aos cuidados de terceiros. **Adolescentes** podem comparecer desacompanhados e assinar a frequência desde que essa informação conste do termo assinado pelo responsável, conforme descrito no item 3 – Ficha de Cadastro.

2. Das modalidades de atendimento oferecidas na clínica-escola

2.1 Plantões

Os plantões do SPA envolvem atendimento telefônico e de balcão, preenchimento de fichas de cadastro e realização de triagens/recepção. A cada hora, de um a dois estagiários plantonistas estarão disponíveis no serviço para prestar informações gerais sobre o funcionamento da clínica, a dinâmica de cadastro e do processo de triagem/recepção e as regras gerais de atendimento.

2.2 Triagem/Recepção

A coordenação do SPA recomenda que o acolhimento dos usuários na clínica-escola se dê por meio de um processo de triagem/recepção (realizado em 2 a 4 entrevistas) e não em uma única entrevista. A recepção, como processo, inclui o acolhimento da demanda, a escuta do que está em questão no caso e a avaliação, junto ao supervisor, sobre seus possíveis desdobramentos, seja o início da psicoterapia ou dos atendimentos neuropsicológicos na clínica-escola, o encaminhamento para outros serviços da rede pública, ou o reconhecimento, tanto do estagiário quanto do usuário, de que não há necessidade de tratamento psicológico. Este último desdobramento pode ser consequência do próprio processo de recepção, que tem efeitos terapêuticos e pode dar conta de algumas das questões que levaram o usuário a procurar o serviço. Além disso, no processo de recepção também se considera que as demandas inicialmente remetidas à psicologia nem sempre precisam ser transformadas em tratamento psicológico, podendo encontrar boas respostas em instituições ou inciativas comunitárias e sociais.

Cabe destacar que casos de psicose grave, ideação suicida e uso abusivo de álcool e outras drogas devem ser remetidos para serviços de saúde mental da rede pública.

No caso de encaminhamento externo para psicoterapia, é vedada a indicação para consultórios particulares. A referência para instituições privadas só pode se dar caso sejam clínicas sociais ou espaços de formação na área da Psicologia.

2.3 Atendimentos psicoterápicos e neuropsicológicos

Os atendimentos psicoterápicos (individuais e em grupo) e neuropsicológicos (avaliação e reabilitação) necessitam ser acompanhados da abertura de prontuário para os usuários. Cada usuário tem prontuário próprio, com número de inscrição fornecido quando da abertura da ficha de cadastro. Neste prontuário tem que ser inserida toda a documentação referente ao caso, relacionada a seguir e exposta no anexo.

3. Da documentação referente aos casos acolhidos e/ou acompanhados

(1) a **Ficha de Cadastro** (Formulário 1) - preenchida para acesso ao serviço, onde constam informações básicas de identificação do usuário como nome, endereço, telefones, documentos, número de registro, entre outras. Para se cadastrar, o usuário deve apresentar identidade, CPF, comprovante de residência. Sendo o usuário menor de idade, o responsável precisa apresentar cópia da carteira de identidade do menor ou da certidão de nascimento (ou outro documento em que comprove ser o responsável legal pela criança ou adolescente) e informar quem acompanhará a criança nos atendimentos. No caso de adolescentes, mesmo próximos de completar a maioridade, as exigências documentais são as mesmas, acrescidas de um termo (disponível na secretaria) a ser assinado pelo responsável e anexado ao cadastro, autorizando o usuário à comparecer às sessões desacompanhado, se for o caso.

(2) a **Ficha de Entrevista de Triagem/Recepção** (Formulário 2) - preenchida na primeira entrevista com o usuário com o objetivo de conhecer os motivos que o levaram à clinica-escola e também sua história de vida. Como a triagem/recepção constitui um processo a ser realizado por meio de 2 a 4 entrevistas, esta ficha deve ser acompanhada por relatos de sessão feitos nos demais encontros. Ao longo do processo de triagem/recepção espera-se que o estagiário tenha podido discernir questões centrais acerca da demanda pela avaliação/tratamento psicológico, das dinâmicas familiar, social e de trabalho, além dos motivos de encaminhamento para a clínica-escola e de tratamento psicológico e psiquiátrico anteriores, caso tenham ocorrido. Deste processo e de sua discussão com o supervisor decorre o encaminhamento do caso, a ser necessariamente registrado no item 10 da ficha de triagem/recepção.

(3) o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (Formulários 3A, 3B, 3C, 3D) - preenchido pelo estagiário e assinado pelo usuário ou responsável (no caso de o atendimento

ser destinado a um indivíduo com menos de 18 anos) antes de iniciar os atendimentos. O Formulário 3A destina-se a adultos e o Formulário 3B para menores de idade. No seu verso está impresso o Formulário 4, destinado à frequência aos atendimentos. Os Formulários 3C e 3D são para usuários atendidos em grupo e seu verso está destinado ao relato de participação individual, preenchido quando o atendimento do usuário é encerrado no grupo.

No primeiro atendimento, o Estagiário precisa informar ao usuário ou responsável sobre o **Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)**, preenchê-lo e solicitar sua assinatura**.** Os termos de consentimento estão impressos e disponíveis na secretaria do SPA e, depois de preenchidos e assinados, necessitam devem ficar guardados na pasta do usuário. Estagiários que atendem grupos têm que providenciar para que cada participante ou responsável (no caso de adolescentes) assine um TCLE.

(4) a **Ficha de Controle de Frequência** (Formulário 4A para atendimento individual e Formulário 4B para atendimento em grupo) - nesta ficha é registrada a data de realização de cada sessão, que deve ser seguida da assinatura do usuário ou responsável (no caso de o usuário ser criança) e da rubrica do estagiário.

Desde o primeiro atendimento - e a cada sessão -, o estagiário deve pedir ao usuário ou ao seu responsável para assinar o **Controle de Frequência, impresso no verso do TCLE**. O estagiário deve esclarecer o usuário de que a ocorrência de três faltas consecutivas não justificadas implica no seu desligamento do SPA. Toda falta precisa ser registrada na ficha de controle de frequência ao lado da data em que deveria ter ocorrido o atendimento. No lugar da assinatura do usuário é preciso anotar "falta" ou "falta justificada". Estagiários que atendem grupos têm que seguir essas mesmas orientações de controle de frequência, utilizando o formulário específico para grupos (Formulário 4B).

(5) os **Relatos de Sessão** (RS) – Depois de cada atendimento, o estagiário precisa elaborar, digitar e imprimir o **Relato de Sessão (RS)**, para ser arquivado na pasta do usuário no prazo máximo de 07 dias, ou seja, entre uma sessão e outra. O estagiário apresenta o RS à equipe da secretaria para que o responsável registre a entrega (na coluna "RS" do formulário de frequência). Cada RS deve conter no cabeçalho para facilitar a identificação: Nome do estagiário / Data da sessão / Nº de registro do usuário.

Importante notar que os relatos de sessão são instrumentos administrativos para fins de comprovação da avaliação ou do acompanhamento do usuário na clínica-escola, e clínicos para a supervisão, construção do caso e informação a futuros estagiários sobre o desenvolvimento do tratamento.

(6) a **Ficha de Informação Atualizada** - (Formulário 5). Ao final de cada semestre ou ao encerrar a avaliação/reabilitação neuropsicológica ou a psicoterapia individual ou em grupo, o

estagiário tem que preencher este formulário registrando a situação ou destino a ser dado ao caso, por exemplo, encerramento (por alta, desistência, desligamento), encaminhamento ou continuidade do atendimento no período seguinte. Esta ficha deve conter a assinatura do professor supervisor que acompanha o estagiário, uma vez que ele é corresponsável pelos casos atendidos por sua equipe.

Atenção:

⇒ Ao término de cada semestre, é preciso que toda esta documentação seja incluída no prontuário de cada usuário atendido pelo estagiário. Ela deve ser agrupada e organizada na seguinte ordem: Ficha de Cadastro, Ficha de Triagem, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Controle de Frequência aos Atendimentos, Relatos de Sessão, outros documentos como avaliações, laudos, atestados e Folha de Informação Atualizada.

⇒ É responsabilidade do estagiário manter a pasta/prontuário do usuário em dia e comunicar qualquer modificação à secretaria do SPA para atualização dos registros de atendimento.

⇒ É vedado ao estagiário retirar qualquer documento das dependências do SPA, incluindo fichas de cadastro e triagem.

4. Dos documentos disponíveis para os usuários

A secretaria do SPA disponibiliza, sempre que o usuário ou seu responsável solicitar, os seguintes documentos:

- **Declaração de Comparecimento** (**Formulário 6A** para o usuário e **Formulário 6B** para acompanhante), que informa sobre as datas de comparecimento à clínica-escola.
- **Declaração de Atendimento** (**Formulário 7**), que informa desde quando o usuário está em atendimento na clínica-escola.

Esses documentos são assinados pela coordenação do SPA e pelo estagiário responsável pelo atendimento. Após serem requisitados, a secretaria do SPA tem o prazo de até sete dias para entregá-los.

5. Da Solicitação de Instrumentos Psicológicos do SPA

A utilização dos instrumentos psicológicos (como testes, inventários, escalas) deve ser solicitada por escrito à secretaria do SPA, em documento específico no qual constam os instrumentos disponíveis. A solicitação deve ser entregue com antecedência de 07 dias do atendimento e precisa ser assinada pelo supervisor responsável. A devolução do instrumento deve ser realizada tão logo a sua utilização seja finalizada, não excedendo o prazo de 15 dias.

6. Do encerramento da psicoterapia individual e de grupo e da avaliação e da reabilitação neuropsicológica

O estagiário deve informar à secretaria o encerramento dos casos atendidos em psicoterapia individual e da avaliação/reabilitação neuropsicológica – seja por alta, desistência do usuário ou passagem do caso – para atualização dos registros e arquivamento do prontuário na pasta da própria equipe, na de outra equipe ou no arquivo morto. Para isto é necessário preencher a **Folha de Informação Atualizada (Formulário 5)** junto com o supervisor.

No caso de encerramento da psicoterapia de um **usuário do grupo**, os estagiários responsáveis têm que preencher o **"Relato de Participação"** no grupo (impresso no verso do TCLE), resumindo as principais demandas e contribuições do usuário apresentadas durante as sessões. Em seguida, preenchem também o Formulário 5.

No fechamento da avaliação neuropsicológica é necessário que sejam feitas duas cópias do laudo, a fim de que uma seja anexada ao prontuário do usuário. Esta cópia deve ser assinada pelo usuário ou seu responsável, indicando seu recebimento.

No encerramento de um caso, qualquer que seja o motivo, o prontuário precisa conter, nesta ordem:

1. Ficha de cadastro
2. Ficha de triagem
3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
4. Controle de Frequência aos Atendimentos
5. Relatos de Sessão
6. Outros documentos como avaliações, laudos, atestados, etc.
7. Folha de Informação Atualizada

Quando o usuário for encaminhado para outra equipe da própria clínica-escola, o estagiário e seu supervisor mantêm-se responsáveis pelo caso até que o usuário inicie o tratamento em outra equipe. Usuários não podem ficar desassistidos nem aguardando indefinidamente por novo atendimento.

No caso de encaminhamento externo, cabe ao estagiário, se necessário auxiliado por seu supervisor, o contato com a instituição para a qual encaminha o usuário. Deve-se privilegiar o encaminhamento para instituições públicas. A referência para instituições privadas só pode se dar caso sejam espaços de formação na área da Psicologia ou clínicas sociais. É vedado o encaminhamento para consultórios particulares, ainda que o profissional se disponha a cobrar um preço reduzido pela consulta. Na eventualidade de o usuário querer acompanhar um estagiário que se forma, isto só pode se dar com a anuência do supervisor e a partir da discussão do caso em supervisão.

Para maiores informações ou esclarecimentos, favor reportar-se ao professor-orientador (supervisor) ou à equipe do SPA.

Equipe do SPA:

Coordenadoras: Profª Deborah Uhr e Profª Luna Rodrigues

Técnica Administrativa: Mônica Haua de Jesus

Telefone do SPA: (21) 3787-3983

E-mail do SPA para professores e estudantes do curso de Psicologia da UFRRJ: spa.ufrrj@gmail.com

E-mail do SPA para usuários: servicodepsicologia@ufrrj.br

Elaboração:
Coordenadoras: Profª Deborah Uhr e Profª Luna Rodrigues
Técnica Administrativa: Mônica Haua de Jesus
Estagiário de Apoio Técnico: Guilherme Martins

Capa: Laize Verde Marinho

Anexos

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA	Nº DE REGISTRO

FICHA DE CADASTRO

NOME COMPLETO:			
SEXO: ( )M ( )F	IDADE: anos	NASCIMENTO: / /	LOCALIDADE:
ESCOLARIDADE:		PROFISSÃO:	RENDA FAMILIAR:
IDENTIDADE / ÓRGÃO EXPEDIDOR:		CPF:	
ESTADO CIVIL:	COMPOSIÇÃO FAMILIAR:	ATUALMENTE MORA COM QUEM?	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	
TELEFONE RESIDENCIAL:	CELULAR:		
TELEFONE (RECADO):			
E-MAIL:			

PREENCHER NO CASO DO USUÁRIO SER MENOR DE IDADE

NOME DO RESPONSÁVEL(1):	
PARENTESCO:	CELULAR:
IDENTIDADE / ÓRGÃO EXPEDIDOR:	CPF:
NOME DO RESPONSÁVEL(2):	
PARENTESCO:	CELULAR:
IDENTIDADE / ÓRGÃO EXPEDIDOR:	CPF:
NOME DA PESSOA QUE ACOMPANHARÁ A CRIANÇA:	
PARENTESCO:	IDENTIDADE / ÓRGÃO EXPEDIDOR:

COMO CONHECEU O SPA?		
ENCAMINHAMENTO: ( )SIM ( )NÃO	Órgão:	Data

DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO PARA ATENDIMENTO MANHÃ ( ) TARDE ( )	GRUPO ( ) INDIVIDUAL ( )

DATA DO CADASTRO: / /	ESTAGIÁRIO:	
DATA DA TRIAGEM: / /	ESTAGIÁRIO:	
INÍCIO DO ATENDIMENTO: / /	ESTAGIÁRIO:	
ENCERRAMENTO: / /	ARQUIVO MORTO: / /	CAIXA:

Motivo do encerramento: ( ) Alta ( )Desistência ( )Desligamento(falta) ( )Mudança de endereço

( ) Atendimento em outra instituição: _____

( ) Outros/especifique:

FORMULÁRIO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA	Nº DE REGISTRO

ENTREVISTA DE TRIAGEM / RECEPÇÃO

NOME COMPLETO:		DATAS DAS SESSÕES
		1 -
		2 -
ESTAGIÁRIO:	SUPERVISOR:	3 -
		4 -

1. MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO (se pertinente):

2. TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (faz ou já fez? Qual o motivo?)

3. TRATAMENTO PSICOLÓGICO (faz ou já fez? Qual o motivo?)

4. OUTROS TRATAMENTOS:

5. ATUALMENTE FAZ USO DE MEDICAÇÃO? (especifique)

6. DEMANDA ATUAL:

7. ASPECTOS DESTACADOS DAS DINÂMICAS:

7.1. FAMILIAR (de origem e atual)

7.2. AFETIVA E SEXUAL

7.3. CONVÍVIO SOCIAL E LAZER

7.4. TRABALHO E ESTUDO

8. OUTROS ASPECTOS RELEVANTES:

9. OBSERVAÇÕES RELEVANTES DA APRESENTAÇÃO, POSTURA E INTERAÇÃO COM O PACIENTE:

10. DESDOBRAMENTO DO PROCESSO DE TRIAGEM/RECEPÇÃO:

( ) Encaminhamento interno. Equipe: _____

( ) Encaminhamento externo. Local: _____

( ) Alta

( ) Desistência

( ) Desligamento por falta

( ) Outros/especifique:_____

Assinatura do Estagiário:

Os relatos das demais entrevistas de triagem/recepção devem ser impressos e anexados a esta ficha.

(Os espaços de preenchimento são maiores no documento original / impresso)

FORMULÁRIO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA	Nº DE REGISTRO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

portador(a) da Identidade nº_____, CPF_____,

declaro estar ciente que serei atendido(a) por estagiários de Psicologia, supervisionados por professores do Curso de Psicologia da UFRRJ, e que os dados coletados nas sessões poderão ser utilizados para fins de pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, nada tendo juridicamente a reclamar.

Seropédica, _____de _____de _____

_____

(Assinatura do Usuário)

FORMULÁRIO 3A

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO	Nº DE REGISTRO
SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA	

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(para usuário criança/adolescente)

Eu, _____,

portador(a) da Identidade nº_____, CPF_____,

responsável pelo menor de idade, _____

_____ declaro estar ciente que o mesmo será atendido(a) por estagiários de Psicologia, supervisionados por professores do Curso de Psicologia da UFRRJ, e que os dados coletados nas sessões poderão ser utilizados para fins de pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, nada tendo juridicamente a reclamar.

Seropédica, _____de _____de _____

_____
(Assinatura do Responsável)

FORMULÁRIO 3B

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA	Nº DE REGISTRO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(ATENDIMENTO EM GRUPO)

Eu, _____,

portador(a) da Identidade nº_____, CPF_____,

declaro estar ciente que serei atendido(a) por estagiários de Psicologia, supervisionados por professores do Curso de Psicologia da UFRRJ, e que os dados coletados nas sessões poderão ser utilizados para fins de pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, nada tendo juridicamente a reclamar.

Seropédica, _____de _____de _____

_____
(Assinatura do Usuário)

FORMULÁRIO 3C
(FRENTE)

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA	Nº DE REGISTRO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(ATENDIMENTO EM GRUPO)

Eu, _____,

portador(a) da Identidade nº_____, CPF_____,

(responsável pelo **menor de idade**, _____

_____) declaro estar ciente que serei / (o mesmo será) atendido(a) por estagiários de Psicologia, supervisionados por professores do Curso de Psicologia da UFRRJ, e que os dados coletados nas sessões poderão ser utilizados para fins de pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, nada tendo juridicamente a reclamar.

Seropédica, _____de _____de _____

_____
(Assinatura do Usuário / Responsável pelo menor de idade)

FORMULÁRIO 3D

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA	IDENTIFICAÇÃO DO GRUPO:
Estagiários:	Supervisor:
RELATO DE PARTICIPAÇÃO	Período do atendimento: de ___/____/____ a ____/____/_____

UFRuRJ, _____/_____/_____

Assinatura do(s) Estagiário(s)

FORMULÁRIOS 3C e 3D
(VERSO)

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO	Nº DE REGISTRO
SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA	

ESTAGIÁRIO	SUPERVISOR
USUÁRIO	SEMESTRE LETIVO:

CONTROLE DE FREQUÊNCIA AOS ATENDIMENTOS

SEMANA	Dia/mês	Assinatura do Usuário	OBSERVAÇÃO	Rubrica do Estagiário	ENTREGA "RS"
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

ATENÇÃO:
O usuário que tiver três faltas consecutivas sem justificativa será considerado 'desistente' e será desligado do atendimento.

FORMULÁRIO 4A

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA			SEMESTRE LETIVO:
IDENTIFICAÇÃO DO GRUPO:			
ESTAGIÁRIOS:			
SUPERVISOR:	DIA DA SEMANA:	HORÁRIO:	

CONTROLE DE FREQUÊNCIA AOS ATENDIMENTOS

SEMANA 1	Dia/Mês: ____/____	OBSERVAÇÃO	Rubrica dos estagiários	ENTREGA "RS"
Assinatura dos Usuários				
1-		6-		
2-		7-		
3-		8-		
4-		9-		
5-		10-		
SEMANA 2	Dia/Mês: ____/____	OBSERVAÇÃO	Rubrica dos estagiários	ENTREGA "RS"
Assinatura dos Usuários				
1-		6-		
2-		7-		
3-		8-		
4-		9-		
5-		10-		
SEMANA 3	Dia/Mês: ____/____	OBSERVAÇÃO	Rubrica dos estagiários	ENTREGA "RS"
Assinatura dos Usuários				
1-		6-		
2-		7-		
3-		8-		
4-		9-		
5-		10-		
SEMANA 4	Dia/Mês: ____/____	OBSERVAÇÃO	Rubrica dos estagiários	ENTREGA "RS"
Assinatura dos Usuários				
1-		6-		
2-		7-		
3-		8-		
4-		9-		
5-		10-		
SEMANA 5	Dia/Mês: ____/____	OBSERVAÇÃO	Rubrica dos estagiários	ENTREGA "RS"
Assinatura dos Usuários				
1-		6-		
2-		7-		
3-		8-		
4-		9-		
5-		10-		
SEMANA 6	Dia/Mês: ____/____	OBSERVAÇÃO	Rubrica dos estagiários	ENTREGA "RS"
Assinatura dos Usuários				
1-		6-		
2-		7-		
3-		8-		
4-		9-		
5-		10-		

FORMULÁRIO 4B

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA	Nº DE REGISTRO

FOLHA DE INFORMAÇÃO ATUALIZADA

Usuário:	Semestre letivo:
Estagiário:	Supervisor:

OPÇÃO	CONTINUIDADE (no próximo semestre)	ESPECIFIQUE
	Atendimento pelo mesmo estagiário	-
	Atendimento por outro estagiário da equipe(1)	Novo Estagiário:
	Atendimento por nova equipe(2):	Novo Supervisor(3):

(1) Motivo da mudança de estagiário:

(2) Motivo da mudança de equipe:

(3) Aceite / Assinatura do novo Supervisor:

OPÇÃO	ENCERRAMENTO	ESPECIFIQUE
	Usuário liberado da psicoterapia (alta)	
	Usuário desistiu do atendimento	
	Usuário desligado por faltas	
	Usuário mudou de endereço	
	Usuário não tem mais horário disponível	
	Usuário será atendido em outra instituição	
	Outros	

Observações:

Data:	Assinatura do estagiário:	Assinatura do Supervisor:

FORMULÁRIO 5

FORMULÁRIO 6A

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA / SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que _____ cadastro nº _____, compareceu no dia: _____/_____/_____no horário: _____:_____ às ____:____ horas ao Serviço de Psicologia Aplicada da UFRRJ, para atendimento psicológico.

Seropédica, _____ de _____de _____

_____
(estagiário responsável pelo atendimento)

_____
Coordenação do SPA

Serviço de Psicologia Aplicada – Clínica Escola
Rodovia BR 465 – Km 09 – Seropédica – RJ - Telefone: (21) 3787-3983 – E-mail: serviçodepsicologia@ufrrj.br

(Atendimento durante o período letivo) Segunda-feira a Sexta-feira – Das 8:00 às 17:00 horas

---

FORMULÁRIO 6A / MENSAL

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA / SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que _____ cadastro nº _____, compareceu nos dias: _____deste mês, no horário: _____:_____ às ____:____ horas ao Serviço de Psicologia Aplicada da UFRRJ, para atendimento psicológico.

Seropédica, _____ de _____de _____

_____
(estagiário responsável pelo atendimento)

_____
Coordenação do SPA

Serviço de Psicologia Aplicada – Clínica Escola
Rodovia BR 465 – Km 09 – Seropédica – RJ - Telefone: (21) 3787-3983 – E-mail: serviçodepsicologia@ufrrj.br

(Atendimento durante o período letivo) Segunda-feira a Sexta-feira – Das 8:00 às 17:00 horas

FORMULÁRIO 6B

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA / SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que _____ compareceu no dia: _____/_____/_____ no horário: _____:_____ às ____:____ horas ao Serviço de Psicologia Aplicada da UFRRJ, acompanhando o(a) menor de idade _____ _____ , cadastro nº _____, para atendimento psicológico.

Seropédica, _____ de _____ de _____

_____
(estagiário responsável pelo atendimento)

_____
Coordenação do SPA

Serviço de Psicologia Aplicada – Clínica Escola
Rodovia BR 465 – Km 09 – Seropédica – RJ - Telefone: (21) 3787-3983 – E-mail: serviçodepsicologia@ufrrj.br

(Atendimento durante o período letivo) Segunda-feira a Sexta-feira – Das 8:00 às 17:00 horas

---

FORMULÁRIO 6B MENSAL

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA / SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que _____ compareceu nos dias: _____deste mês, no horário: _____:_____ às ____:____ ao Serviço de Psicologia Aplicada da UFRRJ, acompanhando o(a) menor de idade _____ _____ , cadastro nº _____, para atendimento psicológico.

Seropédica, _____ de _____ de _____

_____
(estagiário responsável pelo atendimento)

_____
Coordenação do SPA

Serviço de Psicologia Aplicada – Clínica Escola
Rodovia BR 465 – Km 09 – Seropédica – RJ - Telefone: (21) 3787-3983 – E-mail: serviçodepsicologia@ufrrj.br

(Atendimento durante o período letivo) Segunda-feira a Sexta-feira – Das 8:00 às 17:00 horas

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO EXTERNO

Encaminhamos _____,

ao _____,

localizado em _____

_____

para _____.

Observações: _____

_____

_____

Coordenação do SPA e/ou Supervisor Responsável

Serviço de Psicologia Aplicada (Clínica Escola) - Rodovia BR 465 – Km 09 – Seropédica – RJ
Telefone: (21) 3787-3983 – E-mail: servicodepsicologia@ufrrj.br
Atendimento de segunda a sexta-feira, de 8 às 17 horas.

FORMULÁRIO 7A

SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA DA UFRRJ

QUADRO DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS NA CLÍNICA-ESCOLA

Semestre: _____-___

ESTAGIÁRIO:	MATRICULADO EM ESTÁGIO PROFISSIONAL:	SUPERVISOR:

LINHA DE ESTÁGIO:

MODALIDADES DE ATENDIMENTO: PSICOTERAPIA INDIVIDUAL (1) - PSICOTERAPIA EM GRUPO (2) - AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA (3) - REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA (4)

Nº DO CADASTRO DO USUÁRIO	**ENTREVISTAS Triagem/Recepção**		**MODALIDADE ATENDIMENTO**	**SESSÕES**		**CONTINUIDADE NO PRÓXIMO SEMESTRE**			**ENCERRAMENTO DO ATENDIMENTO**					**PLANTÕES**	
	Início	Término		Início	Término	Mesmo estagiário	Mesma equipe	Outra equipe	Encaminhamento Externo	Alta	Desistência	Desligado por falta	Outro	Data	h

Data:	Ass. estagiário	Ass. e carimbo supervisor:

Obs: se o caso atendido na triagem/recepção não foi absorvido na clínica-escola, passe direto para o item “encerramento do atendimento”.

FORMULÁRIO 9

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA / SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que _____,
CPF: _____ está em atendimento psicológico desde: _____/_____/_____ no Serviço de Psicologia Aplicada da UFRRJ.

Seropédica, _____ de _____ de _____

_____
(estagiário responsável pelo atendimento)

_____
Coordenação do SPA

Serviço de Psicologia Aplicada – Clínica Escola
Rodovia BR 465 – Km 09 – Seropédica – RJ - Telefone: (21) 3787-3983 – E-mail: serviçodepsicologia@ufrrj.br

(Atendimento durante o período letivo) Segunda-feira a Sexta-feira – Das 8:00 às 17:00 horas

FORMULÁRIO 10

UFRRJ
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL
DO RIO DE JANEIRO

AUTORIZAÇÃO DE COMPARECIMENTO DESACOMPANHADO

Eu, _____, CPF: _____, responsável legal pelo(a) menor de idade, _____ cadastrado nessa Clínica-Escola com o número _____, autorizo que o(a) mesmo(a) compareça aos atendimentos psicológicos desacompanhado(a), e estou ciente de minha total responsabilidade sobre qualquer incidente que venha a ocorrer em decorrência disso.

Seropédica, _____ de _____ de _____

_____
(Assinatura do responsável)

Serviço de Psicologia Aplicada – Clínica Escola
Rodovia BR 465 – Km 09 – Seropédica – RJ - Telefone: (21) 3787-3983 – E-mail: serviçodepsicologia@ufrrj.br

(Atendimento durante o período letivo) Segunda-feira a Sexta-feira – Das 8:00 às 17:00 horas

FORMULÁRIO 11

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA

EMPRÉSTIMO DE TESTES PSICOLÓGICOS

PROFESSOR (A) SOLICITANTE:	**CRP:**
ALUNO (A) AUTORIZADO (A) A RETIRAR:	**MATRÍCULA:**

DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE OS TESTES ESTARÃO SOB MINHA RESPONSABILIDADE E DEVERÃO SER RETIRADOS E DEVOLVIDOS NO SPA, EM HORÁRIO AGENDADO COM A SECRETARIA DO SETOR, PARA A CONFERÊNCIA DE TODOS OS ITENS

DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/_____/_____	**Assinatura do professor (a) responsável:**

ITEM	**DESCRIÇÃO DO MATERIAL**	**ITEM SOLICITADO**
01	AS PIRÂMIDES COLORIDAS DE PFISTER – VERSÃO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	
02	AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA COGNITICA – 3 VOLUNES	
03	BARALHO DAS EMOÇÕES – ACESSANDO A CRIANÇA NO TRABALHO CLÍNICO	
04	BARALHO DAS HABILIDADES SOCIAIS – DESENVOLVENDO AS RELAÇÕES	
05	BARALHO DE PROBLEMAS- LIDANDO COM TRANSTORNOS DA INFÂNCIA EM BUSCA DO BEM-ESTAR	
06	BARALHO DOS PENSAMENTOS – RECLINANDO IDEIAS, PROMOVENDO CONSCIÊNCIA	
07	BPA – BATERIA PSICOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO	
08	BPR-5 BATERIA DE PROVAS DE RACIOCÍNIO A E B - Almeida, L.S.; Primi, R.	
09	COLEÇÃO AC- TESTE DE ATENÇÃO CONCENTRADA	
10	COLEÇÃO NEUPSILIN – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA BREVE	
11	COLEÇÃO PALOGRÁFICO	
12	DFH III – DESENHO DA FIGURA HUMANA III - Wechsler, Solange	
13	EATA – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE TENDÊNCIA À AGRESSIVIDADE - Sisto, F.F.	
14	EAVAP-EF ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM PARA O ENSINO FUNDAMENTAL	
15	EFE – ENTREVISTA FAMILIAR ESTRUTURADA - Carneiro, Terezinha	
16	EMA-EF ESCALA DE AVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO PARA APRENDER DE ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL - Neves, E.R.C.; Boruchovitch, E.	
17	ENFRENTAMENTO DE ESTRESSE PARA ADOLESCENTES - Sachetti, V.A.R.; Silva, J.P. de; Riegel-Silva, F.	
18	ENFRENTAMENTO DE ESTRESSE PARA CRIANÇAS - Sachetti, V.A.R.; Silva, J.P. de; Riegel-Silva, F.	
19	EPR – ESCALA DOS PILARES DA RESILIÊNCIA	
20	EsAvI – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA IMPULSIVIDADE FORMAS A E B	
21	ESCALA HARE PCL-R - Morana, Hilda C.P.; Hare, R.D.	
22	ESTOJO DE ATIVIDADES - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EM AUTORREGULAGEM E FUNÇÕES EXECUTIVAS - Dias N.M.; Seabra, A.G.	
23	ETDAH-AD ESCALA DE TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE -	
24	EXAME CLÍNICO PSICOLÓGICO DE ANAMNESE - - Carretoni Filho , H.	
25	FIGURAS COMPLEXAS DE REY	
26	IEP - INVENTÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS	
27	IHS – INVENTÁRIO DE HABILIDADES SOCIAIS - Del Prette,; Del Prette	
28	PROLEC – PROVAS DE AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DE LEITURA	
29	REHSE-P ROTEIRO DE ENTREVISTAS DE HABILIDADES SOCIAIS	
30	SON-R 2 ½ - 7 [a]	
31	TEORIA E PESQUISA EM AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA (livro)	
32	TORRE DE HANÓI	
33	TRANSTORNOS DE APRENDIZAGEM 2 – DA ANÁLISE LABORATORIAL E REABILITAÇÃO CLÍNICA PARA AS POLÍTICAS PUBLICAS DE PREVENÇÃO PELA VIA DA EDUCAÇÃO	
34	TRANSTORNOS DE APRENDIZAGEM 2ª EDIÇÃO (livro)	
35	WASI – ESCALA WESCHSLER ABREVIADA DE INTELIGÊNCIA	
36	WISC-IV – ESCALA WESCHLER DE INTELIGÊNCIA INFANTIL	

Data da retirada ___/ ___ / ____. Entregue por: _____

Declaro que estou recebendo o (s) item (s) acima relacionado (s), devidamente conferidos, que ficarão sob minha responsabilidade até a data acertada para devolução (___/____/_____)

Assinatura do recebedor: _____

Data da devolução: ___/____/_____ Recebido e conferido no SPA por: _____

Obs

FORMULÁRIO 12