

**Ficha de Encaminhamento
Programa de Apoios Psicoterapêuticos – PAP**

(rendimento per capita inferior ao Salário M. N.): Aconselhamento Psicológico (16 sessões)/Terapia Familiar (10 sessões)

Dados do técnico/entidade que encaminha:

Técnico que faz o pedido _____ Data: ___/___/___

Entidade/Organização _____ Telefones/Fax _____

Mail: _____ Morada: _____

Motivo do encaminhamento para o PAP:

Que processo psicoterapêutico propõe?

Acompanhamento Psicológico ___ Terapia Familiar _____

Identificação da pessoa e/ou elementos da família a encaminhar

Nome(s): _____

Nº Utente de Saúde _____ Data de Nascimento ___/___/___

Unidade de Saúde: _____ Médico de Família: _____

Telefone _____ Morada _____

C. Postal ___/___ Ocupação: _____

Houve acompanhamentos anteriores ao nível da saúde mental? _____ Em que serviço
/ Técnico _____

Tem processo CPCJC/ECJ/DGRSP? _____ Técnico de referência: _____

As entidades PAP agradecem o seu encaminhamento

Enviar para: endereço de e-mail de técnico de referência do PAP da entidade que pretende.