



## FICHA CADASTRAL

Nome do praticante: \_\_\_\_\_

Data do Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

## FILIAÇÃO

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

End. Residência: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Telefone trabalho: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_

End. Residência: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Telefone trabalho: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## Em caso de emergência contatar:

1º \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

2º \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

## ACOMPANHANTE NAS SESSÕES DE EQUOTERAPIA:

Nome: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



## ESCLARECIMENTOS IMPORTANTES

A Equoterapia é um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo como principal agente de tratamento. O cavalo de Equoterapia é especialmente treinado e condicionado para realizar suas tarefas. Entretanto, é um ser vivo com características físicas, fisiológicas e psicológicas peculiares. Desta maneira ele está sujeito a algumas alterações comportamentais naturais e/ou causadas por fatores externos não previsíveis, que podem gerar riscos aos praticantes.

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ responsabilizo-me pela participação do praticante

\_\_\_\_\_ nas atividades equoterápicas, estando ciente dos benefícios da terapia, bem como de seus riscos. Sendo assim, isento a Associação de Equoterapia, sua equipe multiprofissional, seus dirigentes, funcionários, voluntários e estagiários de toda e qualquer responsabilidade face a qualquer acidente que o praticante possa vir a sofrer durante a terapia com o cavalo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável



## AUTORIZAÇÕES

### LIBERAÇÃO DE IMAGEM

Eu, responsável,

AUTORIZO

NÃO AUTORIZO

A divulgação de imagem do praticante anteriormente citado. As imagens colhidas em vídeos e fotos durante a terapia poderão ser utilizadas para divulgação dos benefícios da Equoterapia em material impresso, congressos, atividades educacionais e outros.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável

### LIBERAÇÃO DE DADOS

Eu, responsável,

AUTORIZO

NÃO AUTORIZO

A equipe profissional multidisciplinar, a utilizar os registros e as avaliações do praticante já mencionado para estudo e pesquisas científicas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável



## TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO DO TRATAMENTO EQUOTERÁPICO

O sucesso do tratamento depende principalmente da rigorosa observância das normas estabelecidas ao praticante e acompanhante. Em consequência disto, é necessário cumprir seguinte:

1. O uso de capacete é obrigatório. Somente o mediador poderá suspender o uso do capacete pelo praticante. Máscaras e álcool gel poderão ser obrigatórios, dependendo da necessidade.
2. O praticante deverá vestir-se apropriadamente, sendo obrigatório o uso de calças compridas, de tecido confortável, juntamente com um calçado fechado como bota ou tênis. Solicita-se tomar cuidado com o uso de acessórios como brincos, colares, pulseiras e relógios.
3. Pais e/ou responsáveis não poderão acompanhar as sessões equoterápicas ao lado do cavalo, somente quando convidados pelo mediador. Os mesmos deverão permanecer em local destinado para espera. Em caso de dúvidas, questionamentos e sugestões, aguardar o término da sessão para falar com o mediador. Fotos e vídeos precisam ser autorizados pela equipe anteriormente.
4. Animais de estimação não serão permitidos na Equoterapia.
5. A frequência das sessões equoterápicas e a pontualidade contribuem decisivamente para o desenvolvimento do praticante. Os horários serão cumpridos conforme agendamento.
6. Em caso de ausência do praticante, não haverá reposição da sessão, visto que cada praticante tem o seu horário pré-agendado.
7. É importante comunicar a falta do praticante à sessão.
8. A tolerância máxima para o início de cada sessão será de 15 minutos, após esse prazo a sessão será cancelada.
9. O tempo previsto de duração da sessão equoterápica será de 30 minutos. Em cada tempo pré-determinado está incluído a fase de aproximação, o processo de montar e apeiar e também a fase de despedida do cavalo.
10. O tempo de duração do tratamento equoterápico nesta Associação é de um a dois anos letivos para cada praticante. Entretanto, este tempo de permanência pode ser prorrogado em casos específicos, após análise da equipe multiprofissional.
11. Não haverá reposição das sessões canceladas quando da realização de cursos e eventos que exijam a participação da equipe multiprofissional.
12. Nesta Associação de Equoterapia há um compromisso da equipe em relação às necessidades físicas, fisiológicas e psicológicas dos cavalos, principalmente com relação ao peso do praticante versus esforço físico gerado no cavalo. O praticante não pode pesar mais do que 20% do peso do animal. Atualmente, o peso limite para o atendimento é de 85 quilos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ciente:

\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável



Data:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome do praticante: \_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

### SAÚDE

1. Como é a saúde do praticante? Observa influência dos aspectos emocionais em sua saúde?

---

---

---

2. Toma alguma medicação, quais horários, remédio e dosagem?

---

---

---

### ROTINA

1. Descreva a rotina:

---

---

---

---

2. Aceita mudanças em sua rotina? Como reage?

---

---

---

3. Apresenta alteração de sono?

---

---

4. Quais atividades de lazer participam? Com que frequência? Gosta?

---

---

---

5. Quais as atividades, atendimentos ou terapias que tem durante a semana além da Equoterapia?

---

---

---



## INTERAÇÃO SOCIAL

1. Como demonstra afetividade?

---

---

2. Costuma brincar? Com quem? Como reage frente às brincadeiras e jogos?

---

---

---

3. Sabe o que é errado?

---

---

4. Como reage à frustração?

---

---

---

5. Como a família reage frente a comportamento opositor (birra, choro, agressão)?

---

---

---

6. É educado de forma diferente por ser especial? Tem mais facilidades?

---

7. Tem preferência por grupos especiais ( família, amigos, etc.) ou reage de forma igual com conhecidos e desconhecidos?

---

---

---

8. Apresenta reações de medo? De quê?

---

---

---

9. Como reage ao toque?

---

---

---



10. Sabe expressar seus sentimentos de forma adequada?

---

---

---

11. Tem contato com animais? Qual? Como é a relação com ele?

---

---

---

12. Cumprimenta as pessoas/ agradece?

---

---

13. De modo geral como é o seu humor?

---

---

---

14. Como reage diante de situações engraçadas e/ou prazerosas?

---

---

---

15. Expressa vontades e necessidades?

---

---

---

#### **DIFICULDADES E DESAFIOS**

1. O que é mais difícil para ele (a)?

---

---

---

2. Em que atividade ele precisa mais de ajuda?

---

---

---

#### **APRENDIZAGEM**

1. É observador? Tem facilidade para gravar o que vê, ouve, sente, etc.?

---

---

---



2. Como reage a histórias, explicações, música, filme, programas infantis? Entende a mensagem que está sendo passada?

---

---

---

3. Apresenta mudança de comportamento, demonstrando aprendizagem?

---

---

---

4. Como é a sua concentração em atividades?

Simples: \_\_\_\_\_

Complexas: \_\_\_\_\_

Prazerosas: \_\_\_\_\_

#### **PSICOMOTRICIDADE**

1. Consegue ficar em fila?

---

---

2. Identifica formas e cores?

---

---

#### **COMUNICAÇÃO E LINGUAGEM**

1. Como se comunica?

---

---

---

2. Imita sons de gestos?

---

---

---

3. Mantém diálogo?

---

---

---

4. Relata experiências (imediatas e passadas)?

---

---







## AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR

Solicito a avaliação:

Neurológica

Fisioterápica

Psiquiátrica

Psicopedagógica

Outros (especificar): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Profissional solicitante

\_\_\_\_\_  
Profissional solicitado



## PLANEJAMENTO INDIVIDUAL

Praticante: \_\_\_\_\_ D. N. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Início da terapia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dia da semana: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO/ CARACTERÍSTICAS

---

---

---

---

---

### OBJETIVOS

---

---

---

---

---

### ESTRATÉGIA

---

---

---

---

---

### CUIDADOS ESPECIAIS

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Equoterapeuta





## RELATÓRIO DIÁRIO

Praticante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dia da semana: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Cavalo: \_\_\_\_\_

Arreamento: \_\_\_\_\_ Guia: \_\_\_\_\_

Mediador: \_\_\_\_\_ Mediador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Equoterapeuta

Praticante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dia da semana: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Cavalo: \_\_\_\_\_

Arreamento: \_\_\_\_\_ Guia: \_\_\_\_\_

Mediador: \_\_\_\_\_ Mediador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Equoterapeuta



## FREQUENCIA SEMESTRAL

Praticante: \_\_\_\_\_

Sessões Previstas: \_\_\_\_\_ Sessões Realizadas: \_\_\_\_\_

Sessões	Data	Presença		Justificativa	Equoterapeutas	
		Sim	Não			
1	/ /					
2	/ /					
3	/ /					
4	/ /					
5	/ /					
6	/ /					
7	/ /					
8	/ /					
9	/ /					
10	/ /					
11	/ /					
12	/ /					
13	/ /					
14	/ /					
15	/ /					
16	/ /					
17	/ /					
18	/ /					
19	/ /					
20	/ /					
21	/ /					
22	/ /					
23	/ /					
24	/ /					
25	/ /					
26	/ /					
27	/ /					
28	/ /					
29	/ /					
30	/ /					
31	/ /					
32	/ /					
33	/ /					
34	/ /					
35	/ /					
36	/ /					