



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA
Estado de São Paulo
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CAPSi - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL



RELATÓRIO DE DEVOLUTIVA

À (ao): _____

Ref.: _____

Venho por meio deste, informar que _____
passou por processo de acolhimento e avaliação neste serviço no período de ____/____/____ à ____/____/____.

O processo de avaliação é composto por Acolhimento Inicial, Anamnese, observação da criança/adolescente e, se identificada necessidade, consulta médica. Todo este processo é discutido em equipe multidisciplinar e a consulta para cada caso é tomada conjuntamente após detalhada avaliação e discussão do caso.

Avaliamos que: _____

Ao final do processo, conclui-se que, no momento, a criança/adolescente acima referido
() **apresenta** () **não apresenta** alterações comportamentais que comprometem seu desenvolvimento,
justificando desta forma a sua () **inserção** () **não inserção** nas atividades oferecidas por este serviço.

Faz-se saber que, o CAPSi tem como desígnio oferecer atenção psicossocial à crianças e adolescentes que apresentam quadros graves e/ou persistentes de sofrimento psíquico. A equipe encontra-se a disposição para maiores esclarecimentos, se necessário.

Atenciosamente,

Pirassununga, ____ de _____, 20____.

OBS.: _____

Horário de Atendimento:
2º feira: 7h as 19h
3º a 6º feira: 7h as 17h



R. General Osório, 704 - Centro
Pirassununga/SP (19) 3561 1119
capsi.saude@pirassununga.sp.gov.br