



SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

TERMO DE RESPONSABILIDADE – AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, responsável por _____, autorizo o (a) mesmo(a) a dirigir-se ao CAPSi, bem como retornar para a casa ao final das atividades terapêuticas **sem** acompanhante.

Pirassununga, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável

Horário de Atendimento
2º feira: 7h às 19h
3º à 6º feira: 7h às 17h



R. General Osório, 704 - Centro
Pirassununga/SP | (19) 3561.1119
capsi.saude@pirassununga.sp.gov.br



SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

TERMO DE RESPONSABILIDADE – AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, responsável por _____, autorizo o (a) mesmo(a) a dirigir-se ao CAPSi, bem como retornar para a casa ao final das atividades terapêuticas **sem** acompanhante.

Pirassununga, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável

Horário de Atendimento
2º feira: 7h às 19h
3º à 6º feira: 7h às 17h



R. General Osório, 704 - Centro
Pirassununga/SP | (19) 3561.1119
capsi.saude@pirassununga.sp.gov.br