



Pirassununga, ____ de ____ de 20__

Declaração

Declaro para os devidos fins que _____

está em atendimento neste serviço nos seguintes dias:

_____ período _____
_____ período _____

É importante ressaltar que as atividades no CAPSi são realizadas semanalmente e a frequência assídua é de extrema importância, bem como o comparecimento a consultas médicas quando necessário.

Declaramos que o serviço quando necessário, considerando, as implicações e recomendações éticas referentes ao sigilo profissional e a preservação da integridade da criança/adolescente, poderá discutir questões referentes a mesma (grupos que frequenta, consultas médicas, etc) com outros serviços pertencentes a rede de cuidados, a fim de ampliar as possibilidades de ações/intervenções e garantir o atendimento integral a criança/adolescente.

Sem mais, o serviço encontra-se a disposição para mais esclarecimentos.

Ciente: _____
Responsável pela Criança

Profissional de Referência

