ENCERRAMENTO PSICOSSOCIAL

Criança/Adolescente		**D.N:**	
Responsável			
Endereço			
Contato			
Fonte encaminhadora			
Período de permanência			

Motivo do desligamento:

( ) Desistência ( ) Desligamento a pedido da equipe ( ) A pedido da família/responsável ( ) Transferência para outro serviço ( ) Mudança de endereço
( ) Outros _____

Metodologia do atendimento psicossocial:

( ) Acolhimento psicossocial/triagem
( ) Estudo de caso
( ) Visita domiciliar
( ) Atendimento individual
( ) Atendimento familiar/ Atendimento em grupo/Oficina temática
( )Encaminhamentos:_____

Breve resumo psicossocial

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

São Paulo, ____ de_____ de 20____.

Assinatura Técnicos de referência:_____

Assinatura Responsável:_____