

TERMO DE DESLIGAMENTO DO ESTUDANTE**CAEI- Centro de Atendimento Educacional Integrado**

Endereço: _____

Telefone: _____

Coordenadora Responsável: _____

Nome do Estudante: _____

Unidade Educacional: _____

CPF: _____

Data de Nascimento: ___/___/____

Responsável Legal: _____**Profissional Responsável pelo Atendimento:** _____**Especialidade do Profissional:** _____**Data de Início do Atendimento:** ___/___/____**Data do Desligamento:** ___/___/____**Motivo do Desligamento:** Alta por alcance de meta Alta por estagnação do quadro Alta por contemplar o número máximo de sessões estabelecidas Desligamento por faltas Desistência a pedido da família Transferência para Outro Serviço Decisão da Equipe Multiprofissional Outros: _____**Declaração do Responsável:**

Eu, _____,

CPF _____, declaro que estou ciente e de acordo com o desligamento formalizado junto ao CAEI, referente ao atendimento realizado com o estudante _____,

da _____ Unidade _____ Educacional _____

_____ ,

conforme as justificativas apresentadas pela equipe responsável e/ou minha decisão pessoal. Fui devidamente orientado(a) sobre os cuidados e recomendações a serem seguidos após o desligamento e recebi todas as informações necessárias referentes à continuidade ou interrupção do tratamento.

Estou ciente de que, caso opte por retornar ao CAEI, será necessário realizar novo processo de avaliação para reingresso no atendimento e aguardar na lista de espera.

Observações Adicionais:

Assinatura do Responsável: _____

Umuarama, ____ de _____ de 20__

Profissional Responsável (assinar e carimbar)

Cargo/Função

Registro Conselho de Classe

Nome Profissional

Coordenadora do CAEI (assinar e carimbar)