

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)