

**ENCERRAMENTO PSICOSSOCIAL**

<b>Criança/Adolescente</b>		<b>D.N:</b>	
<b>Responsável</b>			
<b>Endereço</b>			
<b>Contato</b>			
<b>Fonte encaminhadora</b>			
<b>Período de permanência</b>			

**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: \_\_\_\_\_