



**PREFEITURA DE
ARAUCÁRIA
SAÚDE**

Anexo 4 - Termo de Compromisso



**PREFEITURA DE
ARAUCÁRIA
SAÚDE**

TERMO DE COMPROMISSO DE ATENDIMENTO EMULTI

Declaro estar ciente que:

1. A assiduidade às sessões e orientações é indispensável;
2. Pacientes menores de idade devem estar acompanhados do responsável;
3. Pacientes em idade escolar, será atendido em horário de contraturno ao da escola;
4. Tolerância de 2 faltas às sessões, se justificada;
5. Em caso de desligamento por faltas, o paciente deverá realizar novo acolhimento no serviço com um novo encaminhamento;
6. Os atendimentos terão limite máximo de até ___ sessões;
7. Datas de retorno:

Paciente em atendimento: _____

Responsável(se menor de idade): _____

Araucária, ___ de _____ de 202__



**PREFEITURA DE
ARAUCÁRIA
SAÚDE**

TERMO DE COMPROMISSO DE ATENDIMENTO EMULTI

Declaro estar ciente que:

1. A assiduidade às sessões e orientações é indispensável;
2. Pacientes menores de idade devem estar acompanhados do responsável;
3. Pacientes em idade escolar, será atendido em horário de contraturno ao da escola;
4. Tolerância de 2 faltas às sessões, se justificada;
5. Em caso de desligamento por faltas, o paciente deverá realizar novo acolhimento no serviço com um novo encaminhamento;
6. Os atendimentos terão limite máximo de até ___ sessões;
7. Datas de retorno:

Paciente em atendimento: _____

Responsável(se menor de idade): _____

Araucária, ___ de _____ de 202__

