



Termo de Desistência

Eu, _____,
responsável por _____,
DESISTO do atendimento _____ oferecido
pelo CAPSij – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil por motivo de _____

Tenho ciência das consequências deste cancelamento e responsabilizo-me pelas
mesmas.

Pirassununga, _____ de _____ de _____

Profissional de referência

Assinatura do responsável

