

OBSERVAÇÃO: APÓS A ALTA ENVIAR TERMO DE COMUNICAÇÃO DE ALTA JUNTO COM DOCUMENTO OU RELATÓRIO DE ALTA MÉDICA.

Atenção: O campo 7 - CRIANÇAS E ADOLESCENTES, é de preenchimento privativo dos estabelecimentos que atendem exclusivamente crianças e adolescentes nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Constituição Federal.

7. INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (MENOR DE 18 ANOS DE IDADE)

IDADE NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO [] ANOS [] MESES		POSSUI DEFICIÊNCIA/NECESSIDADE ESPECIAL? [] NÃO [] SIM	
NOME DA ESCOLA QUE ESTÁ MATRICULADO(A)			TELEFONE DA ESCOLA
A INTERNAÇÃO FOI INFORMADA AO CONSELHO TUTELAR? [] NÃO [] SIM [] INFORMCAO IGNORADA			
SERVIÇOS PÚBLICOS QUE FORAM INFORMADOS [] CRAS [] CREAS [] CAPS [] INFORMCAO IGNORADA			
NOME DO RESPONSÁVEL			
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DESTE TERMO			FUNÇÃO

ORIENTAÇÕES SOBRE ESTE TERMO:

- O PREENCHIMENTO PODE SER ESCRITO À MÃO COM CANETA E DIGITALIZADO OU PREENCHIMENTO DIGITADO;
- O PREENCHIMENTO PODE SER FEITO POR FUNCIONÁRIO DESIGNADO PELO ESTABELECIMENTO;
- AS ALTERAÇÕES DE FONTES OU CAMPOS DESTE FORMULÁRIO FICAM RESERVADAS À CIPI;
- ESTE TERMO DEVE SER ENVIADO AO MINISTÉRIO PÚBLICO EM UM PRAZO DE ATÉ 72 HORAS, JUNTAMENTE COM CÓPIA ANEXA, DE RELATÓRIO, LAUDO OU OUTRO DOCUMENTO MÉDICO, REFERENTE À INTERNAÇÃO/ ADMISSÃO ASSINADO PELO MÉDICO.