



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE SUL
CAPS AD SM FLOR DE LOTUS**

DECLARAÇÃO
CAPS AD SM FLOR DE LÓTUS

Declaramos para os devidos fins de comprovação que

nascido em __/__/____ CPF ____-____-____ foi acolhido (a) na
unidade de saúde CAPS AD SM – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS inicialmente no dia
__/__/____, sendo seu último atendimento no dia __/__/____.

Paciente é acompanhado por equipe multidisciplinar e deverá
comparecer as atividades em grupo ou individual conforme seu plano
terapêutico.

O Plano Terapêutico singular foi adequado às necessidades de
tratamento do (a) paciente, que deve apresentar-se no CAPS AD SM nos
dias e horários agendados.

Brasília ____de____de ____.

Profissional Multidisciplinar