



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DO GOVERNO
SUBSECRETARIA DE ESTADO DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS

ANEXO IX

EDITAL DE CREDENCIAMENTO SEG/SESD Nº 001/2023

DECLARAÇÃO DE ALTA

Declaramos para fins de acompanhamento pelo Programa Rede Abraço que
_____, data de nascimento ____/____/_____, RG Nº
_____, em _____ acolhimento na entidade
_____, localizada em
_____ desde o dia ____/____/_____, por meio do Programa Rede
Abraço, foi desligado nesta data na seguinte modalidade:

- | | |
|--|---|
| ☐ Alta Terapêutica | ☐ Alta a Pedido (desistência) |
| ☐ Alta Administrativa | ☐ Desligamento por mandado judicial |
| ☐ Evasão | ☐ Reorientação de modalidade |
| ☐ Óbito | ☐ Transferência para tratamento de saúde |
| ☐ Transferência para outra entidade | |

Observações: _____

Profissional da entidade

Declaro que me foram entregues pertences pessoais, receitas e medicações em uso e que recebi as devidas orientações sobre continuidade do tratamento, inclusive no CAAD.

_____/ES, ____ de _____ de 20____.

Pessoa acolhida