

**RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO - ENCAMINHAMENTO INSTITUCIONAL**

**1. DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM**

Instituição de origem: \_\_\_\_\_

Profissionais responsáveis:  
(nome/cargo) \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**2. IDENTIFICAÇÃO DO(A) USUÁRIO(A)**

Nome/Nome Social: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Gênero:  F  M  Outro \_\_\_\_\_ Data de Nascimento:     /     /

Nome do(a) responsável: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

Diagnóstico(s) (CID/hipótese): \_\_\_\_\_

Observações clínicas relevantes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. HISTÓRICO DE ACOMPANHAMENTO

Período:            /    /            a            /    /

*(Acompanhamentos realizados, frequência, objetivos terapêutico (assinale e registre quando necessário))*

Assistente Social:

\_\_\_\_\_

Fisioterapia:

\_\_\_\_\_

Fonoaudiologia:

\_\_\_\_\_

Médico (Psiquiatra ou Neuropediatra):

\_\_\_\_\_

Musicoterapia:

\_\_\_\_\_

Nutricionista:

\_\_\_\_\_

Psicopedagogo/Neuropsicopedagogo:

\_\_\_\_\_

Psicologia:

\_\_\_\_\_

Terapia Ocupacional:

\_\_\_\_\_

Outros:

\_\_\_\_\_

### 4. PRINCIPAIS NECESSIDADES IDENTIFICADAS (SITUAÇÃO ATUAL)

*Assinale e descreva, quando necessário.*

Comunicação / Linguagem:

\_\_\_\_\_

Interação social:

\_\_\_\_\_

Desenvolvimento cognitivo:

\_\_\_\_\_

Comportamentos

(ex.: rigidez, crises, auto/heteroagressão):

\_\_\_\_\_

Independência/Autonomia nas AVDs:

\_\_\_\_\_

Nutricionista:

\_\_\_\_\_

Aspectos motores (fino/grosso):

\_\_\_\_\_

Aprendizado escolar

(atenção, leitura, escrita, matemática):

\_\_\_\_\_

Processamento sensorial (hiper/hipo):

\_\_\_\_\_

### 5. EVOLUÇÃO OBSERVADA (RESUMO OBJETIVO)

*Descrever ganhos, dificuldades persistentes e evidências observadas (ex.: exemplos práticos).*


### 6. MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

<input type="checkbox"/> Continuidade do plano terapêutico	<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Mudança de cidade/bairro	
<input type="checkbox"/> Solicitação da família	
<input type="checkbox"/> Desligamento por não adesão às regras contratuais	

### 7. ORIENTAÇÕES RECOMENDADAS

*Plano sugerido (objetivo, frequência, prioridades e orientações à família/escola):*


### 8. DOCUMENTOS ANEXOS (SE HOUVER)

- Projeto Terapêutico Singular (PTS)     Relatórios de evolução (periódicos)     Laudo/Relatório medico
- Avaliações específicas     Outros: \_\_\_\_\_  
(ex.: fono, TO, psicopedagogia, neuropsicológica)

### 9. OBSERVAÇÕES ADICIONAIS (SE HOUVER)


### 10. ASSINATURAS

Profissional responsável:

Conselho de Classe:

Nº do Conselho de Classe:

Coordenação/  
Responsável Técnico(a)  
(quando aplicável):

Conselho de Classe:

Nº do Conselho de Classe:

Data de emissão do Documento: Sorocaba, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Carimbo da instituição