

NOME DA CREDENCIADA
FOLHA DE FREQUÊNCIA INDIVIDUAL

NOME DO PACIENTE:

TABELA A – SESSÕES DE TERAPÊUTICAS: () AMBULATORIAL / EXTERNATO I E II () ATENDIMENTO DOMICILIAR

DATA	Fisioterapia		Psicomot.	Psicologia	Psicoped.	Fonoaud.	Terapia Ocupacional	Musico.	TOTAL SESSÕES
	Motora	Respirat.							
01/__/20__									
02/__/20__									
03/__/20__									
04/__/20__									
05/__/20__									
06/__/20__									
07/__/20__									
08/__/20__									
09/__/20__									
10/__/20__									
11/__/20__									
12/__/20__									
13/__/20__									
14/__/20__									
15/__/20__									
16/__/20__									
17/__/20__									
18/__/20__									
19/__/20__									
20/__/20__									
21/__/20__									
22/__/20__									
23/__/20__									
24/__/20__									
25/__/20__									
26/__/20__									
27/__/20__									
28/__/20__									
29/__/20__									
30/__/20__									
31/__/20__									
TOTAL DE SESSÕES									

Espaço reservado para carimbo e assinatura do profissional que executou o atendimento.

TABELA B – SESSÕES DE HIDROTERAPIA											
DATAS DAS SESSÕES											TOTAL SESSÕES
RÚBRICAS											

TABELA C – SESSÕES DE OFICINA TERAPÊUTICA											
DATAS DAS SESSÕES											TOTAL SESSÕES
RÚBRICAS											

TABELA D – SESSÕES DE EQUOTERAPIA											
DATAS DAS SESSÕES											TOTAL SESSÕES
RÚBRICAS											

Legenda: **F** - Falta **FJ** - Falta Justificada * **FE** - Feriado
D - Desmarcado pela Credenciada (**informar o motivo**)
D/R - Desmarcado / Remarcado (Reposição somente por parte do profissional)

* Para que a falta seja considerada justificada “**FJ**” o responsável **deverá solicitar** e preencher o **Termo de Justificativa de Faltas**, que encontra-se na clínica, e anexar ao Termo a documentação legal, qual seja, **Atestado Médico, Declaração Escolar ou Judicial**.

TABELA E – VALOR DAS TERAPIAS				
DESCRIÇÃO	TABELA A	TABELA B	TABELA C	TABELA D
Valor Unitário das Sessões	R\$	R\$	R\$	R\$
Total de Sessões Realizadas				
Valor Total das Sessões	R\$	R\$	R\$	R\$
Custo Total no Mês	R\$			

Desta forma, declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas acima são verdadeiras.

SPA, ____/____/20____. _____
NOME
Responsável pela CREDENCIADA

SPA, ____/____/20____. _____
Assinatura do Responsável pelo(a) Usuário(a)
(assinar conforme o documento de identidade)

