

FICHA DE FREQUÊNCIA DAS OFICINAS

NOME DA CLÍNICA (RAZÃO SOCIAL)

CNPJ Nº _____

1) Nome do Usuário	
Data de nasc.:	NIP/ Ident.:
2) Nome do Responsável:	
Posto ou Graduação:	NIP/Ident.:

MÊS/ ANO				
DATA	NOME DA OFICINA TERAPÊUTICA	NOME DA OFICINA PEDAGÓGICA	QUANTITATIVO DE SESSÕES	ASSINATURA E/OU RUBRICA DO RESPONSÁVEL PELO USUÁRIO
Ex.: 02	Oficina de teatro	-	3	
Ex.: 04	-	Oficina de escrita	2	
TOTAL DE OFICINAS REALIZADAS			5	

Obs.1: A assinatura e/ou rubrica do responsável deve ser igual ao que foi inserido no documento “CARTÃO DE ASSINATURA DA FAMÍLIA DO (A) USUÁRIO (A)”.

Obs.2: O tempo mínimo das sessões é de 40 (cinquenta) minutos.

CAMPO PARA O CARIMBO E ASSINATURA DOS PROFISSIONAIS QUE REALIZARAM OS ATENDIMENTOS:

Obs.: **Somente profissionais formalmente apresentados ao NAS** no momento do credenciamento e/ou posteriormente, conforme documentos solicitados no item **10.1 e 10.5** do Projeto Básico, **podem realizar os atendimentos aos (às) usuários (as).**

CAMPO PARA O CARIMBO E ASSINATURA DO (A) RESPONSÁVEL TÉCNICO:

Local, UF, em __ de _____ de ____.

ASSINATURA E CARIMBO

NOME DO (A) PREPOSTO (A)