

**FOLHA DE APRESENTAÇÃO DO (A) USUÁRIO (A) À CLÍNICA**

O NAS encaminha para a **CREDENCIADA** \_\_\_\_\_ **(NOME COMPLETO DA INSTITUIÇÃO)**, CNPJ: XXXXXXXX, o (a) usuário (a) abaixo, conforme informações a seguir:

**1. DADOS DO USUÁRIO:**

1.1. Nome Completo: \_\_\_\_\_

1.2. Data de Nasc.: \_\_\_\_\_

1.3. Nip / Ident.: \_\_\_\_\_

**2. DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL:**

2.1. Nome Completo: \_\_\_\_\_

2.2. Nip / Ident.: \_\_\_\_\_

2.3. Endereço / Telefone / Telefone de Contato: \_\_\_\_\_

**3. PRESCRIÇÃO DO GAAPE:**

**3.1. REGIME DE ATENDIMENTO**

AMBULATORIAL	EXTERNATO	INTEGRAL	DOMICILIAR
(   )	(   )	(   )	(   )

**3.1.1. TELEATENDIMENTO:** (   )

**3.2. SERVIÇOS COMPLEMENTARES**

OFICINAS TERAPÊUTICAS	OFICINAS PEDAGÓGICAS
(   )	(   )

**3.3. SESSÕES DE TERAPIAS PRESCRITAS E RESPECTIVA FREQUÊNCIA SEMANAL:**

TERAPIAS PRESCRITAS	ASSINALAR COM UM "X"	QUANTIDADE DE SESSÕES POR SEMANA
EQUOTERAPIA	(   )	Ex.: 2
FISIOTERAPIA	(   )	Ex.: 3
FONOAUDIOLOGIA	(   )	
HIDROTERAPIA	(   )	
MUSICOTERAPIA	(   )	
PSICOLOGIA	(   )	
PSICOMOTRICIDADE	(   )	



PSICOPEDAGOGIA	(      )	
TERAPIA OCUPACIONAL	(      )	
<b>TOTAL DE SESSÕES DE TERAPIAS PRESCRITAS POR SEMANA</b>		Ex.: 5

### 3.4. DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS ADICIONAIS:

#### 3.4.1. OFICINAS

##### 3.4.1.1. SESSÕES DE OFICINAS TERAPÊUTICAS PRESCRITAS E RESPECTIVA FREQUÊNCIA SEMANAL:

OFICINAS TERAPÊUTICAS	QUANTIDADE DE SESSÕES POR SEMANA
(NOME DA OFICINA)*	Ex.: 2
(NOME DA OFICINA)	Ex.: 3
(NOME DA OFICINA)	Ex.: 1
<b>TOTAL DE SESSÕES DE OFICINAS PRESCRITAS POR SEMANA</b>	Ex.: 6

\*Conforme apresentado pela CREDENCIADA no Apêndice XII deste Projeto Básico.

##### 3.4.1.2. SESSÕES DE OFICINAS PEDAGÓGICAS PRESCRITAS E RESPECTIVA FREQUÊNCIA SEMANAL:

OFICINAS PEDAGÓGICAS	QUANTIDADE DE SESSÕES POR SEMANA
(NOME DA OFICINA)*	Ex.: 2
(NOME DA OFICINA)	Ex.: 3
(NOME DA OFICINA)	Ex.: 1
<b>TOTAL DE SESSÕES DE OFICINAS PRESCRITAS POR SEMANA</b>	Ex.: 6

\*Conforme apresentado pela CREDENCIADA no Apêndice XII deste Projeto Básico.

4. DATA DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA/MOTIVO: \_\_\_\_\_

5. DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO: \_\_\_\_\_

(A SER PREENCHIDO PELA CREDENCIADA; A MESMA DEVERÁ RETORNAR ESTA F.A.U AO NAS/EAMPE NO MOMENTO DE ENTREGA DOS DOCUMENTOS DE COMPROVAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS.



(Continuação do apêndice VIII, do anexo A, do Edital de Credenciamento nº 01/2024, da EAMPE)

Olinda, Pe, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

NOME COMPLETO  
POSTO