

**FICHA DE FREQUÊNCIA DO USUÁRIO DAS TERAPIAS REALIZADAS**

**ATENDIMENTO PRESENCIAL**

**NOME DA CLÍNICA (RAZÃO SOCIAL)**

**CNPJ Nº \_\_\_\_\_**

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

(MÊS/ANO)			
DATA	TERAPIAS	NOME DO PROFISSIONAL QUE EFETUOU O ATENDIMENTO	ASSINATURA E/OU RUBRICA DO RESPONSÁVEL
	Ex.: T.O.		

Obs.: 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)”.

**Total de sessões realizadas:** \_\_\_\_\_

**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)