

FICHA DE FREQUÊNCIA DAS TERAPIAS REALIZADAS - TELEATENDIMENTO

(Os profissionais que atuarem em tele saúde **deverão observar as diretrizes constantes do Apêndice VI**, deste anexo A)

NOME DA CLÍNICA (RAZÃO SOCIAL)

CNPJ Nº _____

1. A família do (a) usuário (a) que realizar teleatendimento é obrigada a enviar o seguinte texto, de forma legível e sem rasuras, preferencialmente digitado e posteriormente assinado:

MODELO DE ATESTADO DE PRESENÇA - TELEATENDIMENTO

EU, (NOME DO RESPONSÁVEL), IDENTIDADE Nº _____ do _____ (Marinha do Brasil ou outra), RESPONSÁVEL PELO USUÁRIO (NOME COMPLETO), NIP: _____, ATESTO QUE FORAM REALIZADAS AS SEGUINTESS SESSÕES DE TERAPIAS NA CLÍNICA _____ (NOME DA CLÍNICA CREDENCIADA):

TERAPIAS REALIZADAS:

_____ (INSERIR O TOTAL MENSAL) sessões de _____ (MENCIONAR A ESPECIALIDADE: PSICOLOGIA/ PSICOPEDAGOGIA/ TERAPIA OCUPACIONAL/ ETC.)

Ex.: 4 sessões de psicologia

8 sessões de fonoaudiologia

TOTAL DE SESSÕES NO MÊS:

_____ (INSERIR O TOTAL) sessões.

Ex. 12 sessões no mês.

ASSINATURA:

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)".

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

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

ASSINATURA E CARIMBO
NOME DO (A) PREPOSTO (A)

2. ORIENTAÇÕES GERAIS

OBSERVAÇÕES GERAIS:

- 1) O responsável poderá escrever de próprio punho desde que **EM LETRA DE FORMA** e **LEGÍVEL**;
- 2) É imprescindível a assinatura do responsável logo abaixo do texto e acima dos campos destinados aos carimbos dos profissionais da clínica;
- 3) É imprescindível, nos casos em que o texto for elaborado de próprio punho, que seja enviada **UMA FOTO NÍTIDA** para a clínica;
- 3) O responsável enviará a foto por *e-mail* para a clínica; e
- 4) A clínica consolidará todas as fotos e entregará no NAS, junto com os demais documentos necessários para efetivação do pagamento.