

FICHA DE FREQUÊNCIA DAS TERAPIAS REALIZADAS

NOME DA CLÍNICA (RAZÃO SOCIAL)

CNPJ Nº _____

1) Dados do Paciente:	
Nome:	
Data de nasc.:	NIP/Ident.:
2) Dados do Responsável:	
Nome (com Posto/Grad.):	
NIP/Ident.:	

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

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: _____

<p>CAMPO PARA O CARIMBO E ASSINATURA DOS PROFISSIONAIS QUE REALIZARAM OS ATENDIMENTOS:</p> <p>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).</p>
<p>CAMPO PARA O CARIMBO E ASSINATURA DO(A) RESPONSÁVEL TÉCNICO:</p>

Local, UF, em _____ de _____ de _____.

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