

**FICHA DE FREQUÊNCIA DAS TERAPIAS REALIZADAS**

**ATENDIMENTO PRESENCIAL**

**NOME DA CLÍNICA (RAZÃO SOCIAL)**

**CNPJ Nº \_\_\_\_\_**

<b>1) Dados do Paciente:</b>	
Nome:	
Data de nasc.:	NIP/ Ident.:
<b>2) Dados do Responsável:</b>	
Nome com 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:** \_\_\_\_\_

<b>CAMPO PARA O CARIMBO E ASSINATURA DOS PROFISSIONAIS QUE REALIZARAM OS ATENDIMENTOS:</b> Obs.: <b>Somente profissionais formalmente apresentados ao SASM</b> no momento do credenciamento e/ou posteriormente, conforme documentos solicitados no item <b><u>10.1 e 10.5</u></b> do Projeto Básico, <b><u>podem realizar os atendimentos aos (às) usuários (as).</u></b>
<b>CAMPO PARA O CARIMBO E ASSINATURA DO (A) RESPONSÁVEL TÉCNICO:</b>

Local, UF, em \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

O Modelo acima foi conferido.

Brasília, DF, na data da assinatura.

JAILSON DA SILVA DOS SANTOS  
Capitão de Corveta (RM1-AFN)  
Membro da Equipe de Planejamento e Responsável pela Demanda  

ASSINADO DIGITALMENTE