

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

O NAS/Com7ºDN 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	SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS
()	()	()	()	()

3.1.1. TELEATENDIMENTO: ()

3.2. 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	()	
OUTRAS: _____	()	
TOTAL DE SESSÕES DE TERAPIAS PRESCRITAS POR SEMANA		<i>Ex.: 5</i>

Brasília, DF, ____ de _____ de ____.

NOME COMPLETO
POSTO
Gerente do Programa à Pessoa com Deficiência do NAS

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