

--	--	--	--

Total de sessões: _____

_____, _____, _____ de _____ de _____.
Local UF

NOME
CARIMBO COM REGISTRO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

NOME
PROFISSIONAL QUE EFETUOU O ATENDIMENTO

FICHA DE FREQUÊNCIA DO USUÁRIO ATENDIMENTO POR TELEATENDIMENTO

RAZÃO SOCIAL DA CLÍNICA/CONSULTÓRIO

CNPJ Nº

Insc. Municipal

ou

CPF Nº _____

(em caso de profissional autônomo)

Insc. no Conselho de Classe respectivo

1) Dados do Paciente:	
Nome:	Idade:
Responsável:	NIP / Identidade:

2) Dados do Responsável:	
Nome:	Posto / Grad:
NIP / Identidade:	

Prescrição de Terapias: _____

MÊS / ANO

[illegible]

Total de sessões: _____

Local, UF, ____ de _____ de _____.

NOME
CARIMBO COM REGISTRO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

NOME
PROFISSIONAL QUE EFETUOU O ATENDIMENTO

OBSERVAÇÃO

Os profissionais que atuarem em telessaúde, tanto como pessoa física quanto pessoa jurídica, deverá observar as diretrizes constantes do apêndice VI, ao anexo A, do Edital de Credenciamento nº ____/_____, do _____ (citar OM responsável pelo Edital de Credenciamento), bem como confirmar a presença nos teleatendimentos por meio do envio de uma foto **nítida** do seguinte texto, assinado pelo responsável:

Eu, _____, identidade Nº _____ do _____ (DETRAN ou Marinha ou outra), responsável pelo usuário _____ (NOME COMPLETO), NIP Nº _____, atesto que foram realizadas as seguintes sessões de terapias na _____ (NOME DO CREDENCIADO);

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

2) ____ (INSERIR O TOTAL) sessões de _____;

(E ASSIM POR DIANTE, CONFORME PROTOCOLO DE TRATAMENTO PRESCRITO PELO GAAPE E REALIZADO PELO CREDENCIADO)

Assinatura: _____.

b) O responsável deverá listar todas as sessões de cada modalidade realizada, conforme exemplo acima;

c) O responsável poderá escrever de próprio punho desde que em letra de forma e inteligível;

d) É imprescindível a assinatura do responsável logo abaixo do texto e o envio da foto nítida;

e) O responsável enviará a foto por *e-mail* para a clínica; e

f) A clínica consolidará todas as fotos e enviará pelos Correios para o SASM, junto com os demais documentos necessários para efetivação do pagamento.