

ANEXO I à Minuta de Termo de Contrato de OSE Especializadas em Serviço Integrado de Atenção Domiciliar - SIAD



MARINHA DO BRASIL
ESCOLA DE APRENDIZES-MARINHEIROS DE SANTA CATARINA

Controle de Atendimento de Assistência Domiciliar à Saúde - FUSMA

Mês: _____

Nome do Paciente: _____

FISIOTERAPIA (*)	Data	Assinatura do Paciente/Responsável

(*) Preencher uma planilha para cada especialidade de atendimento, inclusive médico, supervisão de enfermagem e outros.

Assinatura do Médico Cadastrado