

**Timbre da empresa**

**RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE FREQUÊNCIA**

Nome ou Razão Social:							
NÚMERO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO:				CPF/CNPJ:		INSC. ESTADUAL:	
Endereço:				E-mail:		Telefone:	
NÚMERO DA GAU:				Mês de Referência:			
NOME DO PACIENTE E DO RESPONSÁVEL:							
Procedimento / Atendimento Realizado:							
	Data do Atendimento	Horário do Atendimento		Certificação do Paciente Beneficiário ou Titular		Certificação do Profissional	
		Início	Término	Assinatura	Identificação	Assinatura	Identificação
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

\_\_\_\_\_, RJ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Carimbo da Credenciada

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**  
Responsável Legal da Credenciada