



## COMPROVANTE DE PRESENÇA

PCTT:026.07.009

### IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONAL / CLÍNICA

BENEFICIÁRIO TITULAR

REGISTRO

### TRATAMENTO

TRATAMENTO AUTORIZADO

PSICOLOGIA

ACUPUNTURA

PSIQUIATRIA

FISIOTERAPIA

FONOAUDIOLOGIA

TERAPIA OCUPACIONAL

DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO

MÊS DE REFERÊNCIA

### CONTROLE DE PRESENÇA

N. SESSÃO	DATA DA SESSÃO	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

### AUTENTICAÇÃO

DATA

ASSINATURA / CARIMBO



## COMPROVANTE DE PRESENÇA

PCTT:026.07.009

### IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

NOME DO PACIENTE	PROFISSIONAL / CLÍNICA
BENEFICIÁRIO TITULAR	REGISTRO

### TRATAMENTO

TRATAMENTO AUTORIZADO	DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO
<input type="checkbox"/> PSICOLOGIA <input type="checkbox"/> ACUPUNTURA <input type="checkbox"/> PSIQUIATRIA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA <input type="checkbox"/> FONOAUDIOLOGIA <input type="checkbox"/> TERAPIA OCUPACIONAL	MÊS DE REFERÊNCIA

### CONTROLE DE PRESENÇA

N. SESSÃO	DATA DA SESSÃO	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

### AUTENTICAÇÃO

DATA	ASSINATURA / CARIMBO
------	----------------------



## COMPROVANTE DE PRESENÇA

PCTT:026.07.009

### IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

NOME DO PACIENTE	PROFISSIONAL / CLÍNICA
BENEFICIÁRIO TITULAR	REGISTRO

### TRATAMENTO

TRATAMENTO AUTORIZADO	DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO
<input type="checkbox"/> PSICOLOGIA <input type="checkbox"/> ACUPUNTURA <input type="checkbox"/> PSIQUIATRIA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA <input type="checkbox"/> FONOAUDIOLOGIA <input type="checkbox"/> TERAPIA OCUPACIONAL	MÊS DE REFERÊNCIA

### CONTROLE DE PRESENÇA

N. SESSÃO	DATA DA SESSÃO	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

### AUTENTICAÇÃO

DATA	ASSINATURA / CARIMBO
------	----------------------