



## CONTROLE DE FREQUÊNCIA INDIVIDUAL EM SAÚDE MENTAL

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE:

Nº CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

**DADOS DO PACIENTE:**

NOME:

SEXO:

1 - MASC.

2 - FEM.

### DECLARAÇÃO

Declaro que no mês \_\_\_\_\_, o paciente identificado acima foi submetido aos procedimentos abaixo relacionados, conforme assinatura(s) do paciente / responsável, autorizados na APAC nº \_\_\_\_\_.

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

ASSINATURA E CARIMBO DO COORDENADOR DA UNIDADE

CÓD. PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QUANTIDADE

DIA	ASSINATURA	DIA	ASSINATURA
01		17	
02		18	
03		19	
04		20	
05		21	
06		22	
07		23	
08		24	
09		25	
10		26	
11		27	
12		28	
13		29	
14		30	
15		31	
16			