|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| cid:image003.png@01CF8590.D4EDC1D0 | **Relatório de Atendimento Mensal Terapias Complementares** | N° / Rev.: | RQ.GPS.03.010/00 |
| Tipo: | Registro |
| Este documento faz parte do Sistema de Gestão da Qualidade da Unimed Porto Alegre | | | |

**RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MENSAL**

**DESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO**

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

CID:

QUEIXA INICIAL (SINTOMAS):

RESUMO DA EVOLUÇÃO DOS SINTOMAS:

PROFISSINAL QUE REALIZA O ATENDIMENTO:

FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE QUEM REALIZA O ATENDIMENTO:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |
| **Data do atendimento:** | **Tempo de duração do atendimento:** | **Horário de início do atendimento:** | **Horário de término do atendimento:** |
| LOCAL ONDE O ATENDIMENTO É REALIZADO: | | | |
| NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO: | | NOME E ASSINATURA DO FAMILIAR QUE ACOMPANHOU O ATENDIMENTO: | |