

## PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS Secretaria Municipal de Saúde Departamento de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria

## GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL ATENDIMENTOS EM FISIOTERAPIA

TRANSFORMANDO TRABALHO EM FELICIDA	(DE						
- Chave de autorização (SENHA)	Data de autorização	2 - Chave de autorização (SENHA) Data de autorizaçã		3 - Estabele	ecimento de Saude Pr	estador de Serviço	4 - CNES
41505	16/01/2020				SoulFisio - C	linica de Fisioterapia	9473890
- Dados do Solicitante			1	'			
édico Solicitante Tipo(s) de Assitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)							
André Vergara 05-07							
- Dados do Beneficiário							
úmero do Cartão Nacional de Saúde	Nome	Nome			e do Responsável		
8980041	JC	JOSE FABIO RAMOS					
ero do Prontuário Telefone do Contato		Endereço	1		le Residência	Data de Nascimento	Sexo
	73 9 8816-104	l8 R. DA GRAÇA	R. DA GRAÇA, 87, STA LUC		EUNAPOLIS	16/09/1976	Masculino
- Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)							
rocedimento Solicitado (Exclusivo para eurologia)	( ) Inicial	(X) 2ª Competência () 3ª	Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competên 7 - 4		ências Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência	
03.02.06.001-4	( X ) Continuidade	( ) 4ª Competência					
rocedimento Solicitado  03.02.05.002-7  ( ) Inicial ( X ) Continuidade		( X ) 2ª Competência	Quar	Quantidade Realizada nas ultimas competências 7 - 4		Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência	
		(X)2 competenda				0	
	1						
rocedimento Solicitado	( ) Inicial ( ) Continuidade	( ) 2ª Competência	( ) 2ª Competência Quai		competências Quar	itidade de Sessões Realizadas (Máximo d	de 20) competência
ustificativa	•	•	•		•		
Hérnia de disco em L5-S1							
- Dados do Contratado Executante							
ome Profissional Executante	Documento	N° Documento (CNS/CPF) do Profis Executante	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Assinatura e Carimbo (Nº registro do Concelho		do Concelho)		
Camila Novais Marinho	() CNS (X) C	PF 053.303.135-4	053.303.135-46				
- Data da Realização da Sessão e Assinatura do Beneficiário							
01 -    /  _ /			03 -			04 -    /  _ /	
05 -    /  _ /	06 -	/   /	07 -  //			08 -   /  /	_ _
09 -    /  _	10 -	/   /	11 -		_ /  12 -		_ _
13 -    /  /	14 -	/   /	15 -			16 -   //	
17 -    /  /	18 -	_ /  _/	19 -   /			20 -   /  /  / _	_
0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliaçã	o e Controle						
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas	Sessões Faturadas			Assinatura e Carimbo	
/	_						
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa			Assinatura e Carimbo
	<u>  </u>	<u> </u>					
bservações							