

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

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL ATENDIMENTOS EM FISIOTERAPIA

1 - Chave de autorização (SENHA)	Data de autorização	2 - Chave de autorização (SENHA)	Data de autorizaçã		3 - Estabelecimento de Saude Prestador de Serviço		4 - CNES	
5556	02/01/2019			SoulFis	sio - Clini	ica de Fisioterapia	947389	90
5 - Dados do Solicitante		•					•	
Médico Solicitante	Tipo(s) de	Assitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)						
Hugo Serrado	05-07							
6 - Dados do Beneficiário	·							
Número do Cartão Nacional de Saúde		Nome	Nome			Responsável		
706704550783211		MILI	MILENA SANTOS OLIVEIRA					
Número do Prontuário	Telefone do Contato	Endereço		Municipio de Residênc		Data de Nascimento	Sexo	
1	73 9 8117-56	48 R. PORTUGA	L, 914, STA LU	CIA EUNAP	OLIS	13/05/2008	Femini	no
7 - Dados da Solicitação / Procedimento	os Solicitados (Máximo de 2)							
Procedimento Solicitado (Exclusivo para Neurologia)	(X) Inicial	() 2ª Competência () 3ª (Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competê		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
03.02.06.001-4	() Continuidade	() 4ª Competência					20	
Procedimento Solicitado	(X) Inicial	() 2ª Competência	Qua	ntidade Realizada nas ultimas competênc	ias Quantida	ade de Sessões Realizadas (Máximo de	20) competência	
03.02.05.002-7	() Continuidade	()2 competencia		·		·	20	
	<u> </u>				_			
Procedimento Solicitado	(X) Inicial () Continuidade	() 2ª Competência	Quar	itidade Realizada nas ultimas competência	as Quantida	de de Sessões Realizadas (Máximo de 3	, ·	
03.02.05.001-9 Justificativa	()						20	
ad		delabbbbbbbbbbbbbbbbbbbbbbbbbbbbbbbbbbbb						
3 - Dados do Contratado Executante Nome Profissional Executante	Documento	Nº Documento (CNS/CPF) do Pro	oficeional Accir	natura e Carimbo (Nº registro do Concelho	١			
Camila Novais	() CNS (X) (Executante		latura e Carimbo (in Tegistio do Concento	,			
9 - Data da Realização da Sessão e Ass	inatura do Beneficiário	·						
01 - _/ /	_ 02 -		03 -	/ /		04 - / _ /		
05 - / /	06 -		07 -	. / /		08 - / /		
09 - / _ _	10 -		11 -	. / _/		12 - / /		
13 - _ / _ /	14 -		15 -			16 - / /		
17 - / /	18 -		19 -	. / _ /		20 - / /		
10 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliaçã	io e Controle							
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa			Assinatura e Carimbo	
<u> _ / </u> /	_	<u> </u>						
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa			Assinatura e Carimbo	
Dbservações								