

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)	- I		autorização (SENHA)	Data de autoriza	ção	3 - Estabelecimento de Saude Prestador de Serviço		-	4 - CNES		
1011	1011 01/11/2019					SoulFisio -		Clinica de Fisioterapia		9473890	
5 - Dados do Solicitante											
Médico Solicitante			sioterapêutica(s) Solicitada(s)								
Hugo Serrano		05-07									
6 - Dados do Beneficiário											
Número do Cartão Nacional de Saúde							lome do Resp	oonsável			
706704550783211			MILENA SANTOS OLIVEIRA								
Número do Prontuário	Telefone do Contato 73 9 8117-5648		R. PORTUGAL, 914, STA L		Municipio de Residência		I .	Data de Nascimento	Sexo	Familiaina	
1	1		R. PORTUGAL,	UCIA	EUNAPOLIS		13/05/2008		Feminino		
7 - Dados da Solicitação / Procedimento	os Solicitados (Máxim	o de 2)									
Procedimento Solicitado (Exclusivo para Neurologia)			() 2ª Competência (X) 3ª Competência () 4ª Competência		Quantidade Realizada nas ultimas competên		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			etência	
03.02.06.001-4					20-20		20				
Procedimento Solicitado	() Inicial		(X) 2ª Competência		Quantidade Realizada nas ultimas competências Q		Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência			3	
03.02.05.002-7	03.02.05.002-7 (X) Continuidade		(11) = 3511, positional		15-5		0				
	o Solicitodo (VIIII de la Contractorio de la Contra							0 7 7 1 1 (14)			
rocedimento Solicitado () Inicial (X) Continuidade			(X) 2ª Competência		15-5		Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência				
Justificativa						10-0					
999999999999999999999	agagagagagaga	naaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa	aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa	aggagagaga	aaaaaaaaaa	aaaaaaaaaaaaaaa	aggagga	aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa	agagagaga	naaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa	
999999999999999999999999999999999999999		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,					0000000		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		
B - Dados do Contratado Executante											
Nome Profissional Executante			N° Documento (CNS/CPF) do Profissional Assinatura e Carimbo (N° registro do Concelho)			(Nº registro do Concelho)					
Camila Novais	()CNS(X)CPF		053.303.135-46								
9 - Data da Realização da Sessão e Ass	1 ''		l								
				00.1	1 10 1 10	1 1		04			
			03								
								16 - /			
40 Has Freelinsins de Ostan de Analisa	Otl-										
10 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliaçã Data	Sessões Cobradas		essões Faturadas		Motiv	a da Classa			A :	· .	
Data	Data Sessues Couradas S		essoes Faturadas		Motivo da Glossa				Assinatura e Ca	rimbo	
<u> </u>	_										
Data	Sessões Cobradas Se		essões Faturadas		Motivo da Glossa				Assinatura e Ca	arimbo	
	1 1 1										
Dbservações	1		1								