

## 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	l l	3 - Estabelecimento de Saude Prestador de Serviço		4 - CNES	
87126	10/08/2020			SoulF	isio - Clini	ca de Fisioterapia	9473890	
5 - Dados do Solicitante								
Médico Solicitante		ssitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)						
Hugo Serrano	05							
6 - Dados do Beneficiário								
Número do Cartão Nacional de Saúde		Nome				Nome do Responsável		
708400774489664		ANGE	ANGELO BEZERRA QUEIROZ					
Número do Prontuário Telefone do Contato 73 98131-0109		Endereço	l '			Data de Nascimento	Sexo	
		9 Av. Monte Caste	Av. Monte Castelo, 04, Santa Lucia Eunápolis			05/02/1992	Masculino	
7 - Dados da Solicitação / Procedimento	s Solicitados (Máximo de 2)							
rocedimento Solicitado (Exclusivo para () Inicial () Continuidado		() 2ª Competência () 3ª C	( ) 2ª Competência ( ) 3ª Competência Quantidade Realizada nas		ompetências Qu	uantidade de Sessões Realizadas (Máxi	no de 20) competência	
3.7	( ) Continuidade	( ) 4ª Competência						
Procedimento Solicitado	( ) Inicial	( ) 2ª Competência	( ) 2ª Competância Quar		ncias Quantida	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		=
03.02.05.002-7	( ) Continuidade	( ) 2 Competencia		ntidade Realizada nas ultimas competê		(		
00.02.00.002			<u> </u>		<u> </u>			_
rocedimento Solicitado ( ) Inicial ( ) Continuidade		( ) 2ª Competência	( ) 2ª Competência Quantidad		ncias Quantidad	uantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
	( ) Continuidade							
Justificativa								
8 - Dados do Contratado Executante  Nome Profissional Executante	Documento	Nº Documento (CNS/CPF) do Prof	finainnal	atura e Carimbo (Nº registro do Concel	hal			
		Executante	1	atura e Carimbo (Nº registro do Concei	110)			
Camila Novais Marinho	() CNS (X) CI	PF 053.303.135-	46					
9 - Data da Realização da Sessão e Assi	natura do Beneficiário							
		_ /  _ /						
05 -    /  _ /	06 -	_ /  _ /	07 -	/  _ /				
		/   /					l	
		/   /						
17 -   _/  _/	18 -	/   /	19 -	/  /		20 -    /  _ /		
10 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliaçã	o e Controle							
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa			Assinatura e Carimbo	_
1 1 1/1 1 1/1 1	1 1 1	1 1 1						
	11	11						_
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa			Assinatura e Carimbo	
<u>   /  </u>	_	<u> </u>						
Observações								