

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 autorização	3 - Estabelecimento de	Saude Pres	stador de Serviço	4 - CNES	
19322	10/02/2020			SoulFis	sio - Clii	nica de Fisioterapia	9473890	
- Dados do Solicitante	1		-					
édico Solicitante	Tipo(s) de A	Assitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)						
Philipe Sena	05							
- Dados do Beneficiário								
úmero do Cartão Nacional de Saúde		Nome	Nome			Nome do Responsável		
706409633897483		GABRIEI	GABRIEL RODRIGUES M. RIBEIRO					
úmero do Prontuário	rário Telefone do Contato		Endereço		ia	Data de Nascimento	Sexo	
	73 9 8209-063	38 CAM 26, 48	CAM 26, 48, RENOVAÇÃO		LIS-BA	07/02/1999	Masculino	
- Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)								
rocedimento Solicitado (Exclusivo para	(X) Inicial	() 2ª Competência () 3ª C	() 2ª Competência () 3ª Competência () 4ª Competência		petências	ências Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
eurologia) 03.02.06.001-4	() Continuidade							
Procedimento Solicitado	Toynesia		10	stidada Daalisada nas ultimas samuatêns	ina l'Ouanti	idade de Sessões Realizadas (Máximo de	20) samuetênsia	
03.02.05.002-7	(X) Inicial () Continuidade	() 2ª Competência	Quai	nidade Realizada has didinas competend	las Quanti	idade de Sessoes Realizadas (Maximo de	e 20) competencia	
03.02.03.002-7								
rocedimento Solicitado	(X) Inicial	() 2ª Competência	Quan	tidade Realizada nas ultimas competênc	as Quantio	dade de Sessões Realizadas (Máximo de	20) competência	
03.02.04.002-1	() Continuidade							
ustificativa	<u>-</u>	•	•		•			
- Dados do Contratado Executante								
ome Profissional Executante	Documento	N° Documento (CNS/CPF) do Profis	ssional Assin	atura e Carimbo (Nº registro do Concelho)			
Camila Novais Marinho	() CNS (X) CF	PF Executante 053.303.135-4	46					
- Data da Realização da Sessão e Assinatura do Beneficiário								
01 - _/ /	02 -		03 -	/ /		04 - _// //		
05 - / _ /	06 -		07 -				<u> </u>	
			11 -		_ / 12 -			
13 - / /	14 -	!/ /	15 -				16 - / /	
17 - / /	18 -		19 -	/ _ /		20 - / / /	<u> </u>	
0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliaçã	o e Controle							
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa			Assinatura e Carimbo	
	<u> _</u>							
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa			Assinatura e Carimbo	
bservações								