

## 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)	e autorização (SENHA) Data de autorização		cimento de Saude I	Prestador de Serviço	4 - CNES	
12239	13/01/2020			SoulFisio - Clinica de Fisiot		Clinica de Fisioterapia	9473890	
- Dados do Solicitante				· ·			•	
édico Solicitante	Tipo(s) de A	ssitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)						
Laicia Malacarne	e 05-07							
- Dados do Beneficiário	•							
úmero do Cartão Nacional de Saúde	Nome	Nome			Nome do Responsável			
7034052	WILLIA	WILLIAN SOUSA DE OLIVEIRA			Jane Rodrigues de Souza			
úmero do Prontuário	Telefone do Contato	Endereço	*		e Residência	Data de Nascimento Sexo		
	73 9 8213-135	1 R. PORTUGAL,	R. PORTUGAL, 1097, STA LU		UNAPOLIS	29/12/2013	Masculino	
- Dados da Solicitação / Procedimento	s Solicitados (Máximo de 2)			·			•	
rocedimento Solicitado (Exclusivo para eurologia)	(X) Inicial	() 2ª Competência () 3ª Co	( ) 2ª Competência ( ) 3ª Competência ( ) 4ª Competência		ıltimas competência	encias Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
03.02.06.001-4	( ) Continuidade	( ) 4ª Competência						
Procedimento Solicitado	edimento Solicitado (X) Inicial			ntidade Realizada nas ultimas	competências Ou	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
03.02.05.002-7	( ) Continuidade	( ) 2ª Competência		annual of the state of the stat		13		
rocedimento Solicitado	( ) Inicial ( ) Continuidade	() 2ª Competência	( ) 2ª Competência Quant		competências Qua	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
ustificativa	1				ı			
Paciente com paralisia cerebelar, ap	resenta quadriplegia espásti	ca. Não possui controle motor, não dea	ambula, não res	ponde a comandos.				
- Dados do Contratado Executante								
ome Profissional Executante	Documento				arimbo (Nº registro do Concelho)			
Camila Novais Marinho	() CNS (X) CF	PF Executante 053.303.135-4	053.303.135-46					
- Data da Realização da Sessão e Assinatura do Beneficiário								
01 -    _ /  _  _ /	02 -		03 -	/  _ /		04 -      /     /		
05 -    /  _ /	06 -   _	_!/  _ /	07 -			08 -   _// //	08 -  ////	
09 -    /  _ /	10 -	_!/  _//	11 -  //			12 -   /  //	12 -  // //	
13 -    /  /	14 -	_!/   /	15 -			16 -   _   _  /    /		
17 -   _/  /	18 -	_!/  _//	_  19 -   /		20 -			
0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliaçã	o e Controle							
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas	essões Faturadas			Assinatura e Carimbo		
	<u>  _</u>	<u>  </u>						
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa			Assinatura e Carimbo	
	_	<u>  </u>						
bservações								