

## 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	ção 2 - Chave de autorização (SENHA)		Data de autorização 3 - Estabelecimento de S		aude Prestador de Serviço		4 - CNES	_
5556	02/01/2019			SoulFisio		- Clinica de Fisioterapia		9473890	
- Dados do Solicitante		1	1	<u> </u>			<u>'</u>		
édico Solicitante	Tipo(s) de A	assitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)							_
Hugo Serrano	05-07	SSITETICIA(S) I ISIOTETAPEUTICA(S) OUTICIAUA(S)							
- Dados do Beneficiário									
úmero do Cartão Nacional de Saúde		Nome	Nome			Nome do Responsável			
706704550783211		MILE	MILENA SANTOS OLIVEIRA						
úmero do Prontuário	Telefone do Contato	Endereço		Municipio de Residência			Data de Nascimento	Sexo	_
1	73 9 8117-564	R. PORTUGAL	R. PORTUGAL, 914, STA LUC		EUNAPOL		13/05/2008	Feminino	
- Dados da Solicitação / Procedimento	s Solicitados (Máximo de 2)								
rocedimento Solicitado (Exclusivo para eurologia) 03.02.06.001-4	( ) Inicial ( X ) Continuidade	( ) 2ª Competência ( ) 3ª Co ( X ) 4ª Competência	ompetência	Quantidade Realizada nas ultimas competé		encias Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		, ,	
03.02.00.001-4		(X)4 Competencia							
ocedimento Solicitado ( ) Inicial		( X ) 2ª Competência	( X ) 2ª Competência Qua		antidade Realizada nas ultimas competências		Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		_
03.02.05.002-7	03.02.05.002-7 (X) Continuidade					15			
rocedimento Solicitado	( ) Inicial	( X ) 2ª Competência	Ouan	tidade Realizada nas	ultimas competências	Ouantidade	e de Sessões Realizadas (Máximo de	20) competência	=
03.02.05.001-9	( X ) Continuidade	(X)2 Competencia	Quan			15			
ustificativa		•							_
fdjdfghdfjghrurdsur4su4rsud6rduytdf	ytgfgfuiu6y								
- Dados do Contratado Executante									
ome Profissional Executante	Documento	N° Documento (CNS/CPF) do Profis	ssional Assin	ssinatura e Carimbo (Nº registro do Concelho)					_
Camila Novais Marinho	() CNS (X) CF	PF Executante 053.303.135-4	16						
- Data da Realização da Sessão e Assinatura do Beneficiário									
01 -    /	02 -		03 -	/	_		04 -    /   /		
05 -    /	06 -	/   /	07 -				08 -    /  /		
		/   /							
		/   /							
							20 -		
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		<del>_</del>	Assinatura e Carimbo	_
	<u>  </u>	<u> </u>							
bservações									