

## 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		imento de Saude Pre	estador de Serviço	4 - CNES
89521	18/08/2020				SoulFisio - Cl	inica de Fisioterapia	9473890
- Dados do Solicitante				<u>'</u>			•
édico Solicitante	Tipo(s) de As	ssitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)					
Philipe Sena 05							
- Dados do Beneficiário							
úmero do Cartão Nacional de Saúde	Nome	Nome			do Responsável		
704003333610261		ADI	ADEILDE LUCIA BRITO				
úmero do Prontuário			Endereço		Residência	Data de Nascimento	Sexo
	73 98147-4764	1 CAM. 23, 08,	CAM. 23, 08, RENOVAÇÃO		JNAPOLIS	28/07/1964	Feminino
- Dados da Solicitação / Procedimento	s Solicitados (Máximo de 2)						
edimento Solicitado (Exclusivo para ologia) ( ) Inicial ( ) Continuidade			( ) 2ª Competência ( ) 3ª Competência		timas competências	Quantidade de Sessões Realizadas (Má	ximo de 20) competência
	( ) Continuidade	( ) 4ª Competência	( ) 4° Competencia				
ocedimento Solicitado ( ) Inicial		( X ) 2ª Competência	( X ) 2ª Competência Quar		ompetências Quar	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência	
03.02.05.002-7	03.02.05.002-7 (X) Continuidade						
ocedimento Solicitado ( ) Inicial		( ) 2ª Compotância	( ) 2ª Competência Quant		ompetências Quant	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência	
occumento comencac	( ) Continuidade	() 2 Competencia	() 2 Competencia		,		20, composition
ustificativa	<u> </u>		I		I		
Hernia de disco lombar, sente dor er	n lombar e dormência em Mî	ИII					
- Dados do Contratado Executante							
ome Profissional Executante	Documento	Executante	N° Documento (CNS/CPF) do Profissional Assinatura e Carimbo (N° registro do Concelho) Executante		Concelho)		
Camila Novais Marinho	() CNS (X) CF	PF 053.303.135-4	6				
- Data da Realização da Sessão e Assinatura do Beneficiário							
01 -    /  /	02 -	_ /  /	03 -			04 -   /  /	
05 -    /  /	06 -	_ /  _/	07 -			08 -  //	
09 -    /  /	10 -	_ /   /	_ _  11 -   / _		_ _  12 -     /  _   /		_
13 -   _/  /	14 -	_ /   /	15 -			16 -   /  /  //	_
17 -   _/  /	18 -	_1/111/11	_ _  19 -    //_		_  20 -    /		
0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliaçã	o e Controle						
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas	ões Faturadas Motivo da		a Glossa		Assinatura e Carimbo
/	<u>  </u>	_					
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa			Assinatura e Carimbo
bservações							