

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 autorização	3 - Estabelecimento de Saude Prestador de Serviço	4 - CNES
5 - Dados do Solicitante					
Médico Solicitante		Tipo(s) de Assistência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)			
6 - Dados do Beneficiário					
Número do Cartão Nacional de Saúde		Nome		Nome do Responsável	
Número do Prontuário	Telefone do Contato	Endereço	Município de Residência	Data de Nascimento	Sexo
7 - Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)					
Procedimento Solicitado (Exclusivo para Neurologia)			Quantidade Realizada nas ultimas competências	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência	
Procedimento Solicitado			Quantidade Realizada nas ultimas competências	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência	
Procedimento Solicitado			Quantidade Realizada nas ultimas competências	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência	
Justificativa					
8 - Dados do Contratado Executante					
Nome Profissional Executante	Documento	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Executante	Assinatura e Carimbo (Nº registro do Concelho)		
9 - 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 -  __ _ / __ _ _ / __ _ _	19 -  __ _ / __ _ _ / __ _ _	20 -  __ _ / __ _ _ / __ _ _		
10 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliação e Controle					
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas	Motivo da Glossa	Assinatura e Carimbo	
__ _ / __ _ _ / __ _ _	__ _	__ _	_____	_____	
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas	Motivo da Glossa	Assinatura e Carimbo	
__ _ / __ _ _ / __ _ _	__ _	__ _	_____	_____	
Observações null					