

PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS Secretaria Municipal de Saúde Departamento de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL ATENDIMENTOS EM FISIOTERAPIA

- Chave de autorização (SENHA)	autorização (SENHA) Data de autorização 2 - Chave de 19765 10/02/2020		autorização (SENHA)	Data de autoriza	ação	3 - Estabelecimento de Saude Prestador de Serviço		4 - CNES		٦	
19765						SoulFisio	- Clini	ica de Fisioterapia	9473890		
- Dados do Solicitante											
édico Solicitante	' ''	ssitência(s) Fis	sioterapêutica(s) Solicitada(s)								\Box
José Arnaldo F. N	eto 05										
- Dados do Beneficiário											
							Nome do Responsável				
708404219705062			JOSE GERALDO LINHARES				1				
úmero do Prontuário	Telefone do Contato		Endereço			Municipio de Residência		Data de Nascimento	Sexo		٦
			AV. PARALELA, 220, STELA REIS			EUNAPOLIS-I		11/10/1964		Masculino	
- Dados da Solicitação / Procedimento	s Solicitados (Máximo de 2)										
cedimento Solicitado (Exclusivo para rologia) () Inicial () Continuidade		() 2ª Competência () 3ª Competência () 4ª Competência		Quantidade Realizada nas ultimas competê		ências Quantidade de Sessões Realizadas (Máxi		ximo de 20) competência		٦	
rocedimento Solicitado	() Inicial		(X) 2ª Competência		Quantidade Realizada	uantidade Realizada nas ultimas competências		Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 2			╡
03.02.05.002-7	(X) Continuidade	(X)2 competential		10							
										ᆜ	
rocedimento Solicitado	mento Solicitado () Inicial () Continuidade		() 2ª Competência		antidade Realizada nas ultimas competências		Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		.0) competência		l
	() Continuidade						<u> </u>				╝
ıstificativa											
- Dados do Contratado Executante ome Profissional Executante Documento N° Documento (CNS/CPF) do Profissional Assinatura e Carimbo (N° registro do Concelho)											
		Executante 053.303.135-4	ssinatura e Carimbo	e Cannibo (N. Tegistro do Concento)							
Camila Novais Marinho	() CNS (X) CI	7	053.303.135-4	<u> </u>							_
- Data da Realização da Sessão e Assi	natura do Beneficiário										
								04 - / / /			
								08 -			
	10 -										
			15 -								
7 - <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	18 -	/ / _		19 -				20 - / /	_		
0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliaçã	o e Controle										
Data	Sessões Cobradas Se		essões Faturadas		Motivo da Glossa		Assina		Assinatura e Carin	mbo	Ī
1 1/1 1 1/1 1 1	1 1 1		1 1 1								
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			11								=
Data	Sessões Cobradas Se		essões Faturadas		Motivo	o da Glossa	Ass		Assinatura e Carim	ssinatura e Carimbo	
bservações					,				,		٦
											- 1