

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)	le autorização (SENHA) Data de autorização		- Estabelecimento de Sau	ude Prestador de Serviço		4 - CNES		
29483	06/08/2020				SoulFisio - Cli		ica de Fisioterapia	9473890		
- Dados do Solicitante	1									
édico Solicitante	' ' '	ssitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)								
Everton Porto	05									
- Dados do Beneficiário										
úmero do Cartão Nacional de Saúde		Nome	Nome				Nome do Responsável			
7084002	EMIL	EMILIA DE JESUS SANTOS			Marcia Santos das Silva					
úmero do Prontuário	tuário Telefone do Contato 73 9 8134-4315		Endereço Municipio de Residência				Data de Nascimento	Sexo		
			RUA FRANCISCO ALVES, 14, ITAPUA			IS	08/10/1967	Feminino		
	l	0 110/11/11/11/00	7.2720, 1.1, 1.	···· • · · ·	201711 02	-10	00/10/1007	1 chimino		
- Dados da Solicitação / Procedimento	s Solicitados (Máximo de 2)									
rocedimento Solicitado (Exclusivo para eurologia)	rologia) () ITIICIAI		() 2 Compotencia () C Compotencia		Quantidade Realizada nas ultimas competên		Quantidade de Sessões Realizadas (Máxii	mo de 20) competência		
() Continuidade		() 4ª Competência	() 4ª Competência							
			T_			· ·				
Procedimento Solicitado	(X) Inicial () Continuidade	() 2ª Competência	Quar	ntidade Realizada n	as ultimas competências	Quantida	ade de Sessões Realizadas (Máximo de 2			
03.02.05.002-7	() Continuidade							15		
rocedimento Solicitado	() Inicial	() 2ª Competência	Quan	ntidade Realizada na	s ultimas competências	Quantida	ade de Sessões Realizadas (Máximo de 2	(0) competência		
	() Continuidade	() 2 Competencia	"		o animao componenciae	Quantida		io) sompotentia		
ustificativa	<u> </u>									
Paciente com dor na lombar, precisa	de auvilio de moletas para (deamhular								
aciente com doi na lombar, precisa	de auxilio de moletas para t	deambulai								
- Dados do Contratado Executante										
ome Profissional Executante	Documento	N° Documento (CNS/CPF) do Profis	sional Assin	sinatura e Carimbo (Nº registro do Concelho)					_	
Camila Novais Marinho	() CNS (X) CF	PF Executante 053.303.135-4	·6 l							
	1									
- Data da Realização da Sessão e Assi	natura do Beneficiário									
01 - _/ /	02 -	_!/1 !/1	03 -	/ /			04 - / / /			
05 - / _ /	06 -	_ / _/ -	07 -				08 - / /			
09 - / /	10 -	_!/ _/	11 -	. / _/			12 - / / /			
13 - / /	14 -	_!/ _ /	15 -	/ _ /			16 - _/ _//			
17 - / /	18 -	_ / _/	19 -	/ /			20 - / /			
0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliação	o e Controle									
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo d	a Glossa			Assinatura e Carimbo		
	1 1 1	1 1 1								
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo d	a Glossa			Assinatura e Carimbo		
	<u> </u>	<u> </u>								
bservações										