

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)	Data de autorização	о ;	- Estabelecimento de Saude Prestador de Serviço			4 - CNES	
29483	06/08/2020				SoulFisio		nica de Fisioterapia	9473890	
- Dados do Solicitante			•	<u>'</u>					
édico Solicitante	Tipo(s) de A	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	ro do Prontuário Telefone do Contato 73 9 8134-4315		Endereço		Municipio de Residência		Data de Nascimento	Sexo	
			RUA FRANCISCO ALVES, 14, IT.		APUA EUNAPOL		08/10/1967	Feminino	
- Dados da Solicitação / Procedimento	s Solicitados (Máximo de 2)	·							
rocedimento Solicitado (Exclusivo para eurologia)	() Inicial		() 2ª Competência () 3ª Competência () 4ª Competência		Quantidade Realizada nas ultimas competências		Quantidade de Sessões Realizadas (Máxir	no de 20) competência	
() Continuidade		() 4ª Competência							
Procedimento Solicitado	(X) Inicial	() 08 0	Oug	ntidada Baalizada I	nas ultimas samnotānaias	Ougntid	dade de Sessões Realizadas (Máximo de 2	20) competência	
03.02.05.002-7	() Continuidade	() 2ª Competência	Quai	IIIIdade Nealizada I	ias ultimas competencias	Quantio	ade de Sessoes Medizadas (Maximo de 2	competencia	
00.02.00.002-1									
rocedimento Solicitado	() Inicial () Continuidade	() 2ª Competência	Quan	ntidade Realizada n	as ultimas competências	Quantida	ade de Sessões Realizadas (Máximo de 2	0) competência	
	()								
ustificativa Paciente com dor na lombar, precisa	de auvilio de moletas nara	deamhular							
aciente com dorna lombar, precisa	de auxilio de moietas para v	deambalai							
- Dados do Contratado Executante									
ome Profissional Executante	Documento	N° Documento (CNS/CPF) do Profis	sional Assin	natura e Carimbo (N	o registro do Concelho)				
Camila Novais Marinho	() CNS (X) CF	PF Executante 053.303.135-4	₋₆						
- Data da Realização da Sessão e Assi	1 '/ '								
		10 1 10 1					24 1 1 1 1 1 1 1 1		
		_// _//							
05 - <u> </u> / <u> </u> / 09 - <u> </u> / <u> </u> /				<u> </u>			08 - / / /		
		!/ /							
			,	-!!' !!' !					
0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliaçã									
Data Sessões Cobradas Ses		Sessões Faturadas	ssões Faturadas Motivo		da Glossa		,	Assinatura e Carimbo	
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo	da Glossa		,	Assinatura e Carimbo	
	<u> </u>	<u> _</u>							
bservações									