

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	ADE .							
- Chave de autorização (SENHA)	Data de autorização	2 - Chave de autorização (SENHA)	Data de autorização		cimento de Saude Pi	estador de Serviço	4 - CNES	
36255	03/08/2020				SoulFisio - C	linica de Fisioterapia	9473890	
- Dados do Solicitante	1	1	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		
7004089	ANIL ⁻	ANILTE SANTOS CARDOSO						
úmero do Prontuário	rio Telefone do Contato		Endereço		e Residência	Data de Nascimento	Sexo	
	73 9836-2987	7 CAM. 01, 05	CAM. 01, 05, RENOVAÇÃO		UNAPOLIS	22/07/1958	Feminino	
- Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)								
rocedimento Solicitado (Exclusivo para eurologia)			() 2ª Competência () 3ª Competência () 4ª Competência		Itimas competências	ências Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
() Continuidade		() 4ª Competência						
	<u></u>	(X) 2ª Competência	I _o				1.00	
Procedimento Solicitado	() Continuidada		Quar	antidade Realizada nas ultimas competencias		Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
03.02.05.002-7	(71) 33.11.11.11.11.11							
rocedimento Solicitado () Inicial () Continuidade		() 2ª Competência	() 2ª Competência Quantid		ompetências Quar	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
		() 2 Gompeteriola					,	
ustificativa	<u> </u>							
Paciente com dor em joelho e perna	direita. Der an fazor sehrec	arga						
aciente com doi em joeino e pema	direita. Doi ao lazer sobreca	aiga.						
- Dados do Contratado Executante								
ome Profissional Executante	Documento		N° Documento (CNS/CPF) do Profissional Assinatura e Carimbo (N° registro do Concelho)		Concelho)			
Camila Novais Marinho	() CNS (X) CF	PF Executante 053 303 135-4	053.303.135-46					
	1 ,, ,	. 555.555.755						
- Data da Realização da Sessão e Assi	natura do Beneficiário							
01 - /	02 -	/ /	_ 03 - / /		04 - / /		_	
05 - / /	06 -	/ /	07 -		<u> </u>		_	
09 - _ / _ /	10 -	/ /	_ _			12 - / / /		
			15 -			16 -		
			19 -			20 - _ _ / _ _		
0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliação e Controle								
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa			Assinatura e Carimbo	
	<u> </u>	<u> </u>						
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa			Assinatura e Carimbo	
	1 1 1	L_L_I						
bservações	II	II						
•								