

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)	Data de autorização	2 - Chave de autorização (SENHA)	le autorização (SENHA) Data de autorização		3 - Estabelecimento de Saude Prestador de Serviço			
1011	1011 01/11/2019		Soul		io - Clinica de Fisioter	apia	9473890	
- Dados do Solicitante	•			·				
édico Solicitante	Tipo(s) de A	Assitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)						
Hugo Serrano	05-07							
- Dados do Beneficiário								
úmero do Cartão Nacional de Saúde		Nome						
706704550783211		MILEN	MILENA SANTOS OLIVEIRA					
úmero do Prontuário	Telefone do Contato	Endereço		Municipio de Residênci		**		
1	1 73 9 8117-5648		R. PORTUGAL, 914, STA LUCIA EL		OLIS 13/05	/2008	Feminino	
- Dados da Solicitação / Procedimento	s Solicitados (Máximo de 2)							
rocedimento Solicitado (Exclusivo para eurologia)	() Inicial	(X) 2ª Competência () 3ª (Competência	Quantidade Realizada nas ultimas com	petências Quantidade de Sessões			
03.02.06.001-4	(X) Continuidade	() 4ª Competência	() 4ª Competência			20		
Procedimento Solicitado	() Inicial	(X) 2ª Competência	Quan	ntidade Realizada nas ultimas competênci	as Quantidade de Sessões Realiza	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
03.02.05.002-7	(X) Continuidade	(71) 2 33		15		5		
	<u> </u>	(X) 2ª Competência						
rocedimento Solicitado 03.02.05.001-9	CALL CONTRACTOR		Quant	tidade Realizada nas ultimas competência 15	IS Quantidade de Sessões Realiza	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência 5		
ustificativa				10		<u> </u>		
	aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa	9999999999999999999999999	aaaaaaaaaaaaa	aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa	aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa	naaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa	aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa	
999999999999999999999999			,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	33333333333333333333	
- Dados do Contratado Executante								
ome Profissional Executante	Documento	Nº Documento (CNS/CPF) do Profiss	sional Assina	atura e Carimbo (Nº registro do Concelho				
Camila Novais	() CNS(X) C	PF Executante 053.303.135-4	6					
- Data da Realização da Sessão e Assi	1							
•			00.1.1	1 10 1 10 1	04	10 1 10 1		
01 - <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> 05 - / /		!/ _/	03 -		/			
					/			
						16 - / /		
0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliaçã	o e Controle							
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa		Assinatura e Carim	ho	
						Assinatura e Gariin	00	
/ /		<u> </u>					_	
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa		Assinatura e Carim	bo	
	<u> </u>	<u> </u>						
bservações								