

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 | | ve de autorização (SENHA) Data de au | | ção | 3 - Estabelecimento de Sau | - Estabelecimento de Saude Prestador de Serviço | | | |
| 35671 | 21/08/2020 | | | | | SoulFisio - Clinica de Fisioterapia | | 9 | 9473890 | |
| - Dados do Solicitante | | | | | | | | | | |
| édico Solicitante | Tipo(s) o | de Assitência(s) Fisi | ioterapêutica(s) Solicitada(s) | | | | | | | |
| Daniella Granato | 05-07 | 7 | | | | | | | | |
| - Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | |
| úmero do Cartão Nacional de Saúde | | | Nome | | | | Nome do F | Responsável | | |
| 704603112823828 | | | MARIA EUGENIA ROSARIO DOS SANTOS | | | | | | | |
| úmero do Prontuário | Telefone do Contato | | Endereço São Lourenço, 156, Santa L | | Municipio de Residência | | | Data de Nascimento | Sexo | |
| | 73 98227-93 | ₋ucia | | | ia aic | | 20/03/1964 | F | eminino | |
| - Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2) | | | | | | | | | | |
| rocedimento Solicitado (Exclusivo para eurologia) | (X) Inicial () Continuidade | | () 2ª Competência () 3ª Competência () 4ª Competência | | Quantidade Realizada nas ultimas competê | | | | mo de 20) competênc | cia |
| 03.02.06.002-2 | | | | | | | | 6 | | |
| Procedimento Solicitado | dimento Solicitado (X) Inicial | | | () 2ª Competência Qu | | | Quantidad | Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência | | |
| 03.02.05.002-7 | () Continuidade | | () 2 Compositional | | | · | | · | 6 | |
| | <u></u> | | | | | | <u> </u> | | | |
| rocedimento Solicitado | () Inicial () Continuidade | | () 2ª Competência | Qu | antidade Realizada | nas ultimas competências | Quantidad | le de Sessões Realizadas (Máximo de 2 | 20) competência | |
| ustificativa | | <u>.</u> | | · · · · · · | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| - Dados do Contratado Executante | | | | | | | | | | |
| ome Profissional Executante | Documento | | N° Documento (CNS/CPF) do Profiss Executante | ı | sinatura e Carimbo (| Nº registro do Concelho) | | | | |
| Camila Novais Marinho | () CNS (X) | CPF | 053.303.135-46 | 6 | | | | | | |
| - Data da Realização da Sessão e Assinatura do Beneficiário | | | | | | | | | | |
| 01 - / / | 02 - | _ | 03 - _ | / / _ | _ | | 04 - / / | | | |
| 05 - / / | 06 - | _ / | 07 - | | | | | 08 - / _ / | | |
| | | | | | | | 12 - // | | | |
| 13 - _/ / | 14 - | _ / | 15 | | _ _ / _ / _ | | | 16 - / | | |
| 17 - / / | 18 - | _ / _ / _ | _ | 19 - _ | / / _ | _ | | 20 - _// _// | | |
| 0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliação | o e Controle | | | | | | | | | |
| Data | Sessões Cobradas | Se | essões Faturadas | | Motivo | da Glossa | | | Assinatura e Carimbo | 0 |
| | | | | | | | | | | |
| Data | Sessões Cobradas | Se | essões Faturadas | | Motivo | da Glossa | | | Assinatura e Carimbo | 0 |
| | | | | | | | | | | |
| bservações | | | | | | | | | | |