

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	3 - Estabelecimento	3 - Estabelecimento de Saude Prestador de Serviço		4 - CNES	
48974	09/09/2020				SoulFisio - Clinica de Fisioterapia		9473890	
- Dados do Solicitante	•							
édico Solicitante Tipo(s) de Assitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)								
Solange Gusmão 05								
- Dados do Beneficiário								
úmero do Cartão Nacional de Saúde		Nome	Nome		Nome	Nome do Responsável		
703001884460576		BRENO RIC	BRENO RICARDO MARQUES DA SILVA			Vanuele Silva Xavier		
úmero do Prontuário			Endereço		ncia	Data de Nascimento	Sexo	
	73 9 8876-236	9 R. Guarani,	R. Guarani, 767, Gusmão		olis-Ba	14/10/2019	Masculino	
- Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)								
rocedimento Solicitado (Exclusivo para eurologia)	() IIICiai		() 2ª Competência () 3ª Competência () 4ª Competência		ompetências	encias Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
() Continuidade		() 4ª Competência						
Procedimento Solicitado	(X) Inicial	() 2ª Competência	Quar	ntidade Realizada nas ultimas competê	encias Ouar	ntidade de Sessões Realizadas (Máximo de	20) competência	
03.02.05.002-7	() Continuidade	() 2 Competencia		nadao i todii Edda nao dilinido compote	o.do Quai	·	14	
			<u> </u>					
rocedimento Solicitado	() Inicial () Continuidade	() 2ª Competência	Quant	tidade Realizada nas ultimas competê	ncias Quant	tidade de Sessões Realizadas (Máximo de 2	(0) competência	
ustificativa	I	L						
- Dados do Contratado Executante								
ome Profissional Executante	Documento	N° Documento (CNS/CPF) do Profis Executante	sional Assina	atura e Carimbo (Nº registro do Conce	lho)			
Camila Novais Marinho	() CNS (X) CF	PF 053.303.135-4	6					
- Data da Realização da Sessão e Assinatura do Beneficiário								
01 - / _ /	02 -		03 -			04 -		
05 - /	06 -	_!/	07 -			08 - / / /	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 da Glossa			Assinatura e Carimbo	
	<u> </u>		-					
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa			Assinatura e Carimbo	
	_	<u> </u>						
bservações								