

## 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)               | de autorização (SENHA) Data de autorização |   | - Estabelecimento de Sau                      | ude Presta  | dor de Serviço   | 4 - CNES             |      |
| 29483   | 06/08/2020                     |  |  | SoulFisio                                   |   | - Clinica de Fisioterapia                                   |  | 94738                | 90   |
| - Dados do Solicitante                              | 1                              |  | <u> </u>                                   |   |   |   |  |                      |      |
|   |                                |  |  |   |   |   |  |                      |      |
| 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   |  |                      |      |
| 7084002   | EMIL                           | EMILIA DE JESUS SANTOS                         |  |   |   |   |  |                      |      |
| úmero do Prontuário                                 | Telefone do Contato            | Endereco                                       | Endereço Municipio de Residência           |   |   |   | Data de Nascimento   | Sexo                 |      |
|   | 73 9 8134-431                  | ,  | RUA FRANCISCO ALVES, 14, I7                |   | · ·   |   | 08/10/1967   | Femin                | ino  |
|   | l                              | 5 110/1110/110000                              | EGIVII GEIG                                |   |   |   |  | 1 0111111            | 1110 |
| - Dados da Solicitação / Procedimento               | s Solicitados (Máximo de 2)    | <u></u>  |  |   |   |   |  |                      |      |
| rocedimento Solicitado (Exclusivo para eurologia)   | rologia)                       |  | () 2ª Competência () 3ª Competência Quai   |   | Quantidade Realizada nas ultimas competência: |   | cias Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência |                      |      |
| ( ) Continuidade                                    |                                | ( ) 4ª Competência                             | ( ) 4ª Competência                         |   |   |   |  |                      |      |
|   | <u> </u>                       |  |  |   |   |   |  |                      |      |
| cedimento Solicitado ( ) Inicial ( X ) Continuidade |                                | ( X ) 2ª Competência                           | ( X ) 2ª Competência Quantidad             |   | is ultimas competências                       | Quantida  | Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência      |                      |      |
| 03.02.05.002-7                                      | ( X ) Continuidade             |  |  |   |   |   |  |                      |      |
| rocedimento Solicitado                              | () Initial                     | () 03 0  | Ouan                                       | atidada Baalizada nar                       | a ultimas samnatānaias                        | Quantidae   | do do Sociação Poplizados (Máximo do                             | 20) competôncia      |      |
| ocedimento Solicitado ( ) Inicial ( ) Continuidade  |                                | ( ) 2ª Competência                             | Quan                                       | antidade Realizada nas ultimas competências |   | Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência |  |                      |      |
| 05.0  | 1`′                            |  |  |   |   |   |  |                      |      |
| ustificativa  |                                |  |  |   |   |   |  |                      |      |
| Paciente com dor na lombar, precisa                 | i de auxilio de moletas para d | Jeambular                                      |  |   |   |   |  |                      |      |
|   |                                |  |  |   |   |   |  |                      |      |
|   |                                |  |  |   |   |   |  |                      |      |
| - Dados do Contratado Executante                    |                                |  |  |   |   |   |  |                      |      |
| ome Profissional Executante                         | Documento                      | Nº Documento (CNS/CPF) do Profis               | ssional Assin                              | natura e Carimbo (Nº                        | registro do Concelho)                         |   |  |                      |      |
| Camila Novais Marinho                               | () CNS (X) CF                  | PF Executante 053.303.135-4                    | 16   |   |   |   |  |                      |      |
| Carrilla Novais Marillilo                           | ( ) GN3 ( X ) GI               | 1   033.303.133-4                              | +0   |   |   |   |  |                      |      |
| - Data da Realização da Sessão e Assi               | natura do Beneficiário         |  |  |   |   |   |  |                      |      |
| 01 -     /    /                                     | 02 -                           | _ /  _   | 03 -                                       | _  /  |   |   | 04 -        /     /  |                      |      |
| 05 -      /     /                                   | 06 -                           | 1/1 1 1/1 1 1                                  | 07 -                                       |   |   |   | 08 -   /  /  |                      |      |
|   |                                |  |  |   |   |   | 12 -   |                      |      |
|   |                                |  |  |   |   |   | 16 -   /  /  |                      |      |
|   |                                |  |  |   |   |   | 20 -        /  |                      |      |
| · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·               | 10 -                           | _////  | 19 -                                       | _  /  |   |   | 20 -   | ll                   |      |
| 0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliaçã              | o e Controle                   |  |  |   |   |   |  |                      |      |
| Data  | Sessões Cobradas               | Sessões Faturadas                              | essões Faturadas                           |   | Motivo da Glossa                              |   |  | Assinatura e Carimbo |      |
|   |                                |  |  |   |   |   |  |                      |      |
|   |                                |  |  |   |   |   |  |                      |      |
| Data  | Sessões Cobradas               | Sessões Faturadas                              | _  | Motivo da Glossa                            |   |   |  | Assinatura e Carimbo |      |
|   | <u>  </u>                      | <u> </u>                                       |  |   |   |   |  |                      |      |
| bservações  |                                |  |  |   |   |   |  |                      |      |
|   |                                |  |  |   |   |   |  |                      |      |