

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		stabelecimento de Sau	ude Prestad	dor de Serviço	4 - CNES	
19063	03/02/2020				SoulFisio		ca de Fisioterapia	9473890	
- Dados do Solicitante									
édico Solicitante	Tipo(s) de A	Assitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)							
Regina Celi Camp	oos 05								
- Dados do Beneficiário									
úmero do Cartão Nacional de Saúde	Nome	Nome			Nome do Responsável				
700503343681652		JC	JOELIA OLIVIERA LIMA						
úmero do Prontuário	Telefone do Contato		Endereço		Municipio de Residência		Data de Nascimento	Sexo	
	73 9 8812-023	33 A1, 255	A1, 255, ANTARES		EUNAPOL		18/09/1974	Feminino	
- Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)									
rocedimento Solicitado (Exclusivo para eurologia)	() Inicial () Continuidade	() 2ª Competência () 3ª C () 4ª Competência	() 2ª Competência () 3ª Competência () 4ª Competência		Quantidade Realizada nas ultimas competê		ências Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
	<u> </u>	(X) 2ª Competência				- '			
Procedimento Solicitado	() Noarthuided		Qua	·		Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência			
03.02.05.002-7	(X) Continuidade			13					
rocedimento Solicitado	() Inicial () Continuidade	() 2ª Competência	() 2ª Competência Quar		tidade Realizada nas ultimas competências		Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
ustificativa	<u> </u>		I						
Dor na região torácica e cervical, irra	adiada nara MMSS								
Doi na regiao toracióa e cervicai, irre	Ididda para iviivioo								
- Dados do Contratado Executante									
ome Profissional Executante	Documento	N° Documento (CNS/CPF) do Prof	issional Assir	natura e Carimbo (Nº re	gistro do Concelho)				
Camila Novais Marinho	() CNS (X) CF	Executante			3				
	1 ,, ,	053.303.135-4	40						
- Data da Realização da Sessão e Assinatura do Beneficiário									
01 - _ _ / _ _ / _	02 -	!/ _/	03 -		_ / /		04 -		
05 - / _ /	06 -	!/ !/	07 -				08 -		
09 - / _ /	10 -	!/ _/	11 -		!/ /		12 -		
13 - / /	14 -	!/ _/	15 -	!/ /			16 - / /		
17 - _/ /	18 -		19 -	_ / /	!/		20 - / / /		
0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliaçã	o e Controle								
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa				Assinatura e Carimbo	
/									
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa				Assinatura e Carimbo	
bservações									