

## 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)	e de autorização (SENHA) Data de autorização		3 - Estabelecimento de Sau	ıde Prest	ador de Serviço	4 - CNES	
63065	18/08/2020				SoulFisio - Clinica de Fisioterapia			9473890	
- Dados do Solicitante				<u>'</u>					
édico Solicitante	Tipo(s) de As	ssitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)							
Nilza Santiago Grar	nato 05								
- Dados do Beneficiário	·								
úmero do Cartão Nacional de Saúde		Nome	Nome				Nome do Responsável		
705800471149932		EDIC	EDIGAR ANDRADE COSTA						
úmero do Prontuário	Telefone do Contato	Endereço	Endereço		Municipio de Residência		Data de Nascimento	Sexo	
	73 3281-3712	RUA DAS PALMEIF	RUA DAS PALMEIRAS, 578, CENTAURO			.IS	04/03/1955	Masculino	
- Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)									
redimento Solicitado (Exclusivo para () Inicial () Continuidado			( ) 2ª Competência ( ) 3ª Competência		Quantidade Realizada nas ultimas competê		ências Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
	( ) Continuidade	( ) 4ª Competência							
Procedimento Solicitado	( ) Inicial	( ) 2ª Competência	Qua	ntidade Realizada r	nas ultimas competências	Quantic	dade de Sessões Realizadas (Máximo de	20) competência	
03.02.05.002-7	( ) Continuidade	()2 competendia							
	<u> </u>					<u> </u>			
rocedimento Solicitado	( ) Inicial ( ) Continuidade	( ) 2ª Competência	Quan	antidade Realizada nas ultimas competências		Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência			
ustificativa			· ·						
- Dados do Contratado Executante									
ome Profissional Executante	Documento	N° Documento (CNS/CPF) do Profis Executante	l l	natura e Carimbo (N	o registro do Concelho)				
Camila Novais Marinho	() CNS (X) CF	PF 053.303.135-4	46						
- Data da Realização da Sessão e Assi	natura do Beneficiário								
01 -   _/  /	02 -		03 -	_  /   /			04 -    /  _ /	<u>  </u>	
05 -    /	06 -   _	_!/  /	07 -		_//		08 -    /  /		
09 -    /  /	10 -	_ /  _ /	_ _ 11 -		_ /   /		12 -      /     /		
13 -   _/  /	14 -	_!/  _//	15 -		/  /		16 -		
17 -   _/  /	18 -	_ /  /	19 -	/  /			20 -   /  /  /	ll	
0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliação	o e Controle								
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo o	la Glossa			Assinatura e Carimbo	
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa				Assinatura e Carimbo	
		<u>  </u>							
bservações									