

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 autorização (SENHA) Data de autorização		3 - Estabelecimento de Saude Prestador de Serviço			
44730	10/08/2020				SoulFisio - Clinica de Fisioterapia			473890
- Dados do Solicitante			1	'			,	
édico Solicitante Tipo(s) de Assitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)								
Nelson Pereira Santos 05								
- Dados do Beneficiário								
úmero do Cartão Nacional de Saúde	Nome	Nome			Nome do Responsável			
7036030	MAF	MARILENE SILVA VIEIRA			Micaelle			
úmero do Prontuário	o do Prontuário Telefone do Contato		Endereço		de Residência	Data de Nascimento Sexo		
			Frei Coimbra, 204, Gusmac		Eunápolis-B	a 04/03/194	7 Fe	eminino
- Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)								
rocedimento Solicitado (Exclusivo para eurologia)	() Illicial		() 2ª Competência () 3ª Competência () 4ª Competência		ultimas competênc	cias Quantidade de Sessões Realiza	das (Máximo de 20) competência	a
() Continuidade		() 4ª Competência						
Procedimento Solicitado	(X) 2ª Competência	(V) 28 Compating in Quantidade Peglizada pas ultimas con			Quantidade de Sessões Realizadas (M	ávimo de 20) competência		
03.02.05.001-9	() Inicial (X) Continuidade	(X) 2" Competencia	Quai	admindade (Kadiizada nas altimas competencias		quantidade de cessoes redificadas (maximo de 20) competenda		
03.02.03.001-9	J3.02.03.001-9							
ocedimento Solicitado () Inicial		() 2ª Competência	() 2ª Competência Quan		competências Q	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
	() Continuidade							
ustificativa		•						
Pós operatório de coluna								
- Dados do Contratado Executante								
ome Profissional Executante	Documento	Nº Documento (CNS/CPF) do Profis Executante		natura e Carimbo (Nº registro do Concelho)				
Camila Novais Marinho	() CNS (X) CF	PF 053.303.135-4	053.303.135-46					
- Data da Realização da Sessão e Assinatura do Beneficiário								
1 -		_ / _//	03 -		04 - /			
05 - / /	06 -	_ / _/	_ 07 -		/ /		//	
09 - / /	10 -	_ /			12 - 17		/	
13 - / /	14 -	_ /	15 -			16 - _ / _ / _		
17 - _/ /	18 -	_ /	19 - / _		_l/ll		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	
bservações								