

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			estador de Serviço	4 - CNES	
68014	09/09/2020				sio - Cl	inica de Fisioterapia	9473890	
- Dados do Solicitante				·				
édico Solicitante	Tipo(s) de As	ssitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)						
Sabrina Canal	05							
- Dados do Beneficiário								
úmero do Cartão Nacional de Saúde		Nome	Nome			Nome do Responsável		
702804645655969			JOSE DA SILVA			Valdivina Coelho Barbosa		
úmero do Prontuário	Prontuário Telefone do Contato		Endereço		cia	Data de Nascimento Sexo		
			R. Elida Foratini, 84, Itapuã		lis-Ba	08/06/1948	Masculino	
- Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)								
rocedimento Solicitado (Exclusivo para eurologia)	io)		() 2ª Competência () 3ª Competência Quant () 4ª Competência		npetências	Quantidade de Sessões Realizadas (Máxi	mo de 20) competência	
() Continuidade		() 4ª Competência						
Procedimento Solicitado	(V) Initial	() 02 0 +	Quen	atidada Baalizada nas ultimas competên	oigo Tougr	ntidade de Sessões Realizadas (Máximo de	20) competância	
03.02.05.002-7	(X) Inicial () Continuidade	() 2ª Competência	Quai	ilidade i tealizada has ditimas competen	Jias Quai	illuade de Sessoes i Calizadas (Maximo de	20) competencia	
03.02.03.002-7					l			
rocedimento Solicitado	() Inicial	() 2ª Competência	Quant	tidade Realizada nas ultimas competênd	ias Quant	tidade de Sessões Realizadas (Máximo de 2	20) competência	
	() Continuidade							
ustificativa								
Tendinopatia de bíceps, MSD								
- Dados do Contratado Executante								
ome Profissional Executante	Documento	N° Documento (CNS/CPF) do Profis Executante	I	atura e Carimbo (Nº registro do Concelh	0)			
Camila Novais Marinho	() CNS (X) CF	PF 053.303.135-4	-6					
- Data da Realização da Sessão e Assinatura do Beneficiário								
01 - / /	02 -	_ / _/	03					
05 - / /	06 -	_ /			/1			
							12 - / /	
						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	
	<u> </u>	_						
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa			Assinatura e Carimbo	
	_	<u> </u>						
bservações								