

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	IDE _						
- Chave de autorização (SENHA)	Data de autorização	2 - Chave de autorização (SENHA)	de autorização (SENHA) Data de autorização		cimento de Saude Pr	estador de Serviço	4 - CNES
68234	08/09/2020				SoulFisio - C	9473890	
- Dados do Solicitante				·			
édico Solicitante	Tipo(s) de A	ssitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)					
Everton Porto 05							
- Dados do Beneficiário							
úmero do Cartão Nacional de Saúde	Nome	Nome			Nome do Responsável		
7047010	LEBINI BO	LEBINI BOSSEDE HONORINE AGANI					
nero do Prontuário Telefone do Contato		Endereço	Rua Pedro Rosa, 67, Gusma		e Residência	Data de Nascimento	Sexo
					unápolis-Ba	27/05/1990	Feminino
- Dados da Solicitação / Procedimento	s Solicitados (Máximo de 2)						
ocedimento Solicitado (Exclusivo para () Inicial () Continuidado		() 2ª Competência () 3ª Co	mpetência	a Quantidade Realizada nas ultimas competê		ências Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência	
our siegla,	() Continuidade	() 4ª Competência	() 4ª Competência				
Procedimento Solicitado () Inicial (X) 2ª Competência Quantidade Realizada nas ultimas competências Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência							de 20) competência
03.02.05.002-7		(X) 2° Competencia	Quai	15		5	
00.02.00.002 1	72.00.002 1						
ocedimento Solicitado () Inicial () Continuidade		() 2ª Competência	() 2ª Competência Quar		competências Quar	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência	
	() Continuidade						
_{ustificativa} Tendinopatia em antibraço direito; C	convicalaia a Lambalaia						
Teridinopatia em antibraço direito, C	ervicalgia e Lorribalgia						
- Dados do Contratado Executante ome Profissional Executante	Documento	Nº Documento (CNS/CPF) do Profiss	eional Assin	atura e Carimbo (Nº registro de	o Concelho)		
Camila Novais Marinho	() CNS (X) CF	Executante			e cambo (it regions de concerno)		
	1	7 055.305.155-4	0				
- Data da Realização da Sessão e Assinatura do Beneficiário							
		/ /					
	06 -						
09 - /						12 -	
						16 -	
17 - _// _//	18 -	_!/ /	19 -	/		20 - //////	
0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliaçã	o e Controle						
Data	a Sessões Cobradas			Motivo da Glossa		Assinatura e Carimbo	
Data	Sessões Cobradas Sessões Faturadas			Motivo da Glossa			Assinatura e Carimbo
		<u> </u>					
bservações					<u> </u>		