

PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS Secretaria Municipal de Saúde Departamento de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL ATENDIMENTOS EM FISIOTERAPIA

									
- Chave de autorização (SENHA)	Data de autorização	2 - Chave de autorização (SENHA)	Data de autorização			-	4 - CNES		
1011	01/11/2019				SoulFisio - Clinica de Fisioterapia			9473890	
i - Dados do Solicitante									
Médico Solicitante Tipo(s) de Assitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)									
Hugo Serrano	05-07								
- Dados do Beneficiário									
lúmero do Cartão Nacional de Saúde	Nome				Nome do Responsável				
7067045		MILENA SANTOS OLIVEIRA				•			
lúmero do Prontuário	Telefone do Contato	Endereço	R. PORTUGAL, 914, STA LU		Residência	Data de Nascimento	Sexo		
11	73 9 8117-564	8 R. PORTUGAL,	R. PORTUGAL, 914, STA LUCI		JNAPOLIS	13/05/2008	Femi	nino	
' - Dados da Solicitação / Procedimento	· · · · · ·								
Procedimento Solicitado (Exclusivo para leurologia)	(X) Inicial () Continuidade	() 2ª Competência () 3ª Co	ompetência	Quantidade Realizada nas ultimas competêr		ncias Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência 20			
03.02.06.001-4	() Sommidado	() 4ª Competência							
Procedimento Solicitado	(X) Inicial	() 2ª Competência	Quar	uantidade Realizada nas ultimas competências		Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência 15			
03.02.05.002-7	() Continuidade								
Procedimento Solicitado	(X) Inicial	() 2ª Competência	Quant	tidade Realizada nas ultimas competências		Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência			
03.02.05.001-9	() Continuidade	() 2 Competencia		potoniduo		15			
ustificativa		I	I		<u> </u>				
		9999999999999999999999999	999999999999	9999999999999999999	999999999999	99999999999999999999999	9999999999999999	9999999999999	
99999999999999999999999999999	199999999999								
- Dados do Contratado Executante									
lome Profissional Executante	Documento	N° Documento (CNS/CPF) do Profiss Executante		atura e Carimbo (Nº registro do 0	Concelho)				
Camila Novais	() CNS (X) CF	PF 053.303.135-4	6						
- Data da Realização da Sessão e Ass	inatura do Beneficiário								
01 - / /	02 -	!/	03 -			04 - / /			
05 - / _ /	06 -		07 -			08 - /			
						12 -			
		_!/ _//							
17 - / / /	18 -	_ / _/	19 -	/ _/		20 - / /			
0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliaçã	io e Controle								
Data	Sessões Cobradas Sessões Faturadas			Motivo da Glossa		Assinatura e Carimbo			
_ / /									
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa			Assinatura e Carimbo		
/ /		<u> </u>							
Observações									