

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		cimento de Saude F	Prestador de Serviço	4 - CNES	
68014	09/09/2020				SoulFisio - C	Clinica de Fisioterapia	9473890	
- Dados do Solicitante			•	<u> </u>			,	
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			
7028046		JOSE DA SILVA			Valdivina Coelho Barbosa			
úmero do Prontuário	o do Prontuário Telefone do Contato		Endereço		Residência	Data de Nascimento Sexo		
			R. Elida Foratini, 84, Itapuã		unápolis-Ba	08/06/1948	Masculino	
- Dados da Solicitação / Procedimento	s Solicitados (Máximo de 2)							
cedimento Solicitado (Exclusivo para () Inicial () Continuidade		() 2ª Competência () 3ª Co	() 2ª Competência () 3ª Competência () 4ª Competência		timas competências	ências Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
		() 4ª Competência						
Procedimento Solicitado	(X) Inicial	() 2ª Competência	Ouan	utidade Realizada nas ultimas c	competências Our	antidade de Sessões Realizadas (Máximo de	20) competância	
	03.02.05.002-7		() 2 Competencia		ompetericias (Que	14		
00.02.00.002 1								
cedimento Solicitado () Inicial () Continuidade		() 2ª Competência	() 2ª Competência Quantio		ompetências Qua	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
	() Continuidade							
ustificativa Tendinopatia de bíceps, MSD								
Teridinopatia de biceps, MSD								
- Dados do Contratado Executante ome Profissional Executante	Documento	Nº Documento (CNS/CPF) do Profis	sional Assin	atura e Carimbo (Nº registro do	Concelho)			
		Executante			Concerno)			
Camila Novais Marinho	() CNS (X) CF	053.303.135-4	0					
- Data da Realização da Sessão e Assinatura do Beneficiário								
			03 - /					
05 - /								
			111111					
						16 -		
17 - / /	18 -	_// _//	19 -	/ /		20 - / / /		
0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliaçã	o e Controle							
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas	Faturadas Moti				Assinatura e Carimbo	
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa			Assinatura e Carimbo	
bservações								