

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)	de autorização (SENHA) Data de autorização		3 - Estabelecimento de Sau		dor de Serviço	4 - CNES	
141516	25/06/2020				SoulFisio - Clinica de Fisioterapia			9473890	
i - Dados do Solicitante				I					
Médico Solicitante Tipo(s) de Assitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s) Laicia Malacarne 05									
- Dados do Beneficiário	,								
lúmero do Cartão Nacional de Saúde	Nome	Nome			Nome do Responsável				
2020151		RICARDO VIEIRA BÁRBARA			Camila Novais				
lúmero do Prontuário	Telefone do Contato 73 98805-74	.75 Endereço RUA SITIO QUIR	RUA SITIO QUIRON, 70, CENTA		Municipio de Residência EUNAPOLIS		Data de Nascimento 28/06/1981	Sexo Masculino	
' - Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)									
Procedimento Solicitado (Exclusivo para Jeurologia)	() Inicial () Continuidade	() 2ª Competência () 3ª C () 4ª Competência	() 2ª Competência () 3ª Competência () 4ª Competência		Quantidade Realizada nas ultimas competê		Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
Procedimento Solicitado 03.02.05.002-7	(X) Inicial () Continuidade	() 2ª Competência	() 2ª Competência Qua		ntidade Realizada nas ultimas competências		Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
Procedimento Solicitado	() Inicial () Continuidade	() 2ª Competência	() 2ª Competência Qua		tidade Realizada nas ultimas competências		Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
Paciasduihfasiudfhalsiudfhalisudfhailsudfhailsudfhailsudhfliasudhfliasudhfliasudhfliaushdfliashdfliashdfliasudfliasudh									
- Dados do Contratado Executante									
lome Profissional Executante	Documento () CNS () C	PF N° Documento (CNS/CPF) do Profi Executante	issional Assin	inatura e Carimbo (№ registro do Concelho)					
- Data da Realização da Sessão e Assinatura do Beneficiário									
01 - / /	02 -	/	03 -	/ /	1 1		04 - / /	1	
05 - _/ //		,,,,,							
							12 -		
							16 - / /		
			19 -						
0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliação e Controle									
Data Sessões Cobradas S		Sessões Faturadas	sões Faturadas Motivo da		da Glossa			Assinatura e Carimbo	
	<u> _</u>								
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas		Motivo da Glossa			,	Assinatura e Carimbo	
/									
Observações									