

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)	Data de autorização	·		•		4 - CNES	
35932	17/08/2020			SoulFisio		- Clinica de Fisioterapia		9473890	
- Dados do Solicitante				•					
édico Solicitante	Tipo(s) de A	ssitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)							
Bárbara Silva Lim	na 05-07								
- Dados do Beneficiário									
úmero do Cartão Nacional de Saúde		Nome					Nome do Responsável		
7043045	JOSE RAIMUI	JOSE RAIMUNDO FAGUNDES DOS SANTOS							
úmero do Prontuário	Telefone do Contato	Endereço		Municipio de Residência			Data de Nascimento	Sexo	
	73 9 8155-568	7 R. F, 74, ARNA	R. F, 74, ARNALDO GUERRIE		EUNAPOL		13/01/1963	Masculino	
- Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)									
rocedimento Solicitado (Exclusivo para eurologia)	(X) Inicial () Continuidade	() 2ª Competência () 3ª C	ompetência	Quantidade Realizada nas ultimas competê		Ancias Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		, ,	
03.02.06.002-2	() Continuidade	() 4ª Competência						10	
rocedimento Solicitado (X) Inicial		() 2ª Competência		Quantidade Realizada nas ultimas competências			Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
03.02.05.002-7	3.02.05.002-7 () Continuidade						10		
rocedimento Solicitado	() Inicial	() 2ª Competência		ntidade Pealizada nas	ultimas competências	Ouantidade	e de Sessões Realizadas (Máximo de 2	20) competância	
ocedimento Solicitado	() Continuidade		Quan	guarriadade realizada rido ditirrido competeriolad					
ustificativa	<u> </u>				I				
- Dados do Contratado Executante									
ome Profissional Executante	Documento	N° Documento (CNS/CPF) do Profis Executante	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Assinatura e Carimbo (N		registro do Concelho)				
Camila Novais Marinho	() CNS (X) CF	PF 053.303.135-4	46						
- Data da Realização da Sessão e Assinatura do Beneficiário									
01 - / _ /	02 -		03 -				04 - /		
05 - / /	06 - _	!/ /	07 -	_ / _ _ / _ _			08 - _//		
09 - / /	10 -	_ / _/	11 -		_ /		12 - / /		
13 - / /	14 -	_ / /	15 -		_ /		16 -		
17 - _/ /	18 -	_!/ //	19 - // //			20 - _// _//			
0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliação	o 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> _							
bservações									