

## 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 - C	Chave de autorização (SENHA) Data de auto		orização 3 - Estabelecimento de Sa		ude Prestador de Serviço		4 - CNES	
55584	02/01/2020		, , ,	,		SoulFisio - Clinica de Fisioterapia		a de Fisioterania	9473890	
	02/01/202						01111100	a do i lolotorapia	0170000	
5 - Dados do Solicitante										
Médico Solicitante		Tipo(s) de Assitênc	cia(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)							
EVERTON PORT	0 (	05								
- Dados do Beneficiário										
lúmero do Cartão Nacional de Saúde			Nome	Nome			Nome do Responsável			
705806405236437				CARLSON CLEY CARVALHO OLIVEIRA						
lúmero do Prontuário	Telefone do Contato		Endereço	1 '				Data de Nascimento	Sexo	
	73 9 81	09-2544	AV. ACHIRMEDES MAR	AV. ACHIRMEDES MARTINS, 283, CENT			_IS	14/04/1968		
· - Dados da Solicitação / Procedimentos	s Solicitados (Máxim	o de 2)						<b>'</b>	•	
Procedimento Solicitado (Exclusivo para	( ) Inicial		() 2ª Competência () 3ª Co	mpetência	Quantidade Realizada nas ultimas competé		ências Quan	ncias Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência		
leurologia)	( ) Continuidade		( ) 4ª Competência	•						
					l			<u> </u>		
Procedimento Solicitado	( ) Inicial ( ) Continuidade		( ) 2ª Competência	Quar	Quantidade Realizada nas ultimas competências		Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência			
	( ) Continuidade									
Procedimento Solicitado	( ) Inicial		( ) 2ª Competência	Ouan	ntidade Realizada na	as ultimas competências	Quantidade (	de Sessões Realizadas (Máximo de 2	20) competência	$\equiv$
Toccumento concitado	o Solicitado ( ) Inicial ( ) Continuidade			Quan	adiliadas redalizada nas dilimas competendas		addiniaded as occord reduizaded (manifes de 20) competencia			
ustificativa										
ustincativa										
- Dados do Contratado Executante										
Iome Profissional Executante	Documento		Nº Documento (CNS/CPF) do Profiss	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Assinatura e Carir						
Camila Novais Marinho	() CNS (X) CPF		053.303.135-46							
Carrilla Novais Maririllo			055.505.155-46	0						
- Data da Realização da Sessão e Assi	natura do Beneficiári	0								
01 -   _/  /			_  /	03 -	_  /  /			04 -    /		
05 -   _ /  _ /	06 -		_  /	07 -				08 -   /  /		
09 -    /  _  _	10 -   /  /		_  /	11 -	_ /  /			12 -   /  /		
13 -    /  _ _	14 -   /  /		_  /	15 -				16 -      /     /		
	18 -      /     /									
					-1	.11				
0 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliação	e Controle									
Data	Sessões Cobradas		Sessões Faturadas		Motivo d	a Glossa			Assinatura e Carimbo	
/     /	1 1/1 1 1/1 1		1 1 1							
	·——·				Mative de Ol					_
Data	Sessões Cobradas S		Sessões Faturadas		Motivo da Glossa				Assinatura e Carimbo	
			<u>  _</u>							
Observações										