

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 | | | | | | |
|--|-----------------------------|--|-----------------------------|---|---|---|--|
| 1 - Chave de autorização (SENHA) | Data de autorização | 2 - Chave de autorização (SENHA) Data de | | 3 - Estabelecimento de S | Saude Prestador de Serviço | 4 - CNES | |
| 1011 | 01/10/2019 | | | SoulFisi | io - Clinica de Fisioterapia | 9473890 | |
| 5 - Dados do Solicitante | | | • | ' | | | |
| Médico Solicitante | Tipo(s) de A | ssitência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s) | | | | | |
| Hugo Serrano | 05-07 | | | | | | |
| 6 - Dados do Beneficiário | | | | | | | |
| Número do Cartão Nacional de Saúde | | Nome | Nome | | | | |
| 706704550783211 | | MILE | MILENA SANTOS OLIVEIRA | | | | |
| Número do Prontuário | Telefone do Contato | Endereço | | | Data de Nascimento | Sexo | |
| 1 | 73 9 8117-5648 | | R. PORTUGAL, 914, STA LUCIA | | DLIS 13/05/2008 | Feminino | |
| 7 - Dados da Solicitação / Procedimento | s Solicitados (Máximo de 2) | | | | | | |
| Procedimento Solicitado (Exclusivo para Neurologia) | () Inicial | (X) 2ª Competência () 3ª | ^a Competência | Quantidade Realizada nas ultimas comp | ncias Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência | | |
| 03.02.06.001-4 | (X) Continuidade | () 4ª Competência | | 20 | | 20 | |
| Procedimento Solicitado | (X) Inicial | (X) 2ª Competência | Quar | ntidade Realizada nas ultimas competência | as Quantidade de Sessões Realizadas (Máxi | Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência | |
| 03.02.05.002-7 | () Continuidade | (X)2 compotentia | | 15 | · | 5 | |
| | <u> </u> | <u>l</u> | <u> </u> | | | | |
| ocedimento Solicitado () Inicial (X) Continuidade | | (X) 2ª Competência | Quan | tidade Realizada nas ultimas competências 15 | s Quantidade de Sessões Realizadas (Máxir | Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência | |
| Justificativa | | | 10 | | | | |
| hhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhh | | | | | | hhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhhh | |
| 8 - Dados do Contratado Executante Nome Profissional Executante | In | N° Documento (CNS/CPF) do Prof | :: | atura a Caricaha (NO mariatra da Carradha) | | | |
| | Documento () CNC (V) C | Executante | | atura e Carimbo (Nº registro do Concelho) | | | |
| Camila Novais | () CNS(X) C | PF 053.303.135- | 46 | | | | |
| 9 - Data da Realização da Sessão e Assi | natura do Beneficiário | | | | | | |
| 01 - / / | 02 - | / | 03 - | / | 04 - / | _//L | |
| 05 - / / | 06 - | / / | 07 - | / / | 08 - / | | |
| | | / / | | | | | |
| 13 - / / | 14 - | | 15 - | <u> / / </u> | 16 - / | _!/ | |
| 17 - / / | 18 - | / | 19 - | / _ / | 20 - / | .// | |
| 10 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliaçã | o e Controle | | | | | | |
| Data | Sessões Cobradas | Sessões Faturadas | | Motivo da Glossa | | Assinatura e Carimbo | |
| <u> </u> | | | | | | | |
| Data | Sessões Cobradas | Sessões Faturadas | | Motivo da Glossa | | Assinatura e Carimbo | |
| <u> _ / </u> / | <u> </u> | <u> </u> | | | | | |
| Observações | 004 | | | | | | |
| | | | | | | | |