

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|----------------------------|
| 1 - Chave de autorização (SENHA) 36255 | Data de autorização 03/08/2020 | 2 - Chave de autorização (SENHA) | Data de autorização | 3 - Estabelecimento de Saúde Prestador de Serviço SoulFisio - Clínica de Fisioterapia | 4 - CNES 9473890 |
| 5 - Dados do Solicitante | | | | | |
| Médico Solicitante Everton Porto | | Tipo(s) de Assistência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s) 05 | | | |
| 6 - Dados do Beneficiário | | | | | |
| Número do Cartão Nacional de Saúde 7 0 0 4 0 8 9 4 8 7 1 2 4 4 7 | | Nome ANILTE SANTOS CARDOSO | | Nome do Responsável | |
| Número do Prontuário | Telefone do Contato 73 9836-2987 | Endereço CAM. 01, 05, RENOVAÇÃO | Município de Residência EUNAPOLIS | Data de Nascimento 22/07/1958 | Sexo Feminino |
| 7 - Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2) | | | | | |
| Procedimento Solicitado (Exclusivo para Neurologia) | <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Continuidade | <input type="checkbox"/> 2ª Competência <input type="checkbox"/> 3ª Competência <input type="checkbox"/> 4ª Competência | Quantidade Realizada nas ultimas competências | Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência | |
| Procedimento Solicitado 03.02.05.002-7 | <input checked="" type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Continuidade | <input type="checkbox"/> 2ª Competência | Quantidade Realizada nas ultimas competências | Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência 19 | |
| Procedimento Solicitado | <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Continuidade | <input type="checkbox"/> 2ª Competência | Quantidade Realizada nas ultimas competências | Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência | |
| Justificativa | | | | | |
| 8 - Dados do Contratado Executante | | | | | |
| Nome Profissional Executante Camila Novais Marinho | Documento () CNS (X) CPF | Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Executante 053.303.135-46 | Assinatura e Carimbo (Nº registro do Concelho) | | |
| 9 - 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 - _ _ / _ _ / _ _ | | |
| 10 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliação e Controle | | | | | |
| Data | Sessões Cobradas | Sessões Faturadas | Motivo da Glosa | Assinatura e Carimbo | |
| _ _ / _ _ / _ _ | _ _ | _ _ | | | |
| Data | Sessões Cobradas | Sessões Faturadas | Motivo da Glosa | Assinatura e Carimbo | |
| _ _ / _ _ / _ _ | _ _ | _ _ | | | |
| Observações | | | | | |