

1 - Chave de autorização (SENHA) 52658	Data de autorização 18/08/2020	2 - Chave de autorização (SENHA)	Data de autorização	3 - Estabelecimento de Saúde Prestador de Serviço SoulFisio - Clínica de Fisioterapia	4 - CNES 9473890
<b>5 - Dados do Solicitante</b>					
Médico Solicitante Philippe Sena		Tipo(s) de Assistência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s) 05			
<b>6 - Dados do Beneficiário</b>					
Número do Cartão Nacional de Saúde 7 0 4 6 0 0 1 4 7 3 8 6 5 2 9		Nome LUIS DE OLIVIERA PIOS		Nome do Responsável Luiza de Souza Pios	
Número do Prontuário	Telefone do Contato 73 99145-4599	Endereço CAM. 22, 40, Renovação	Município de Residência Eunápolis-Ba	Data de Nascimento 21/06/1944	Sexo Masculino
<b>7 - Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)</b>					
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 type="checkbox"/> Inicial <input checked="" type="checkbox"/> Continuidade	<input checked="" type="checkbox"/> 2ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência	
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 paciente com dor na cervical, irradiada para MMSS					
<b>8 - Dados do Contratado Executante</b>					
Nome Profissional Executante Camila Novais Marinho	Documento <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Executante 053.303.135-46	Assinatura e Carimbo (Nº registro do Concelho)		
<b>9 - Data da Realização da Sessão e Assinatura do Beneficiário</b>					
01 -  _ _ / _ _ / _ _	02 -  _ _ / _ _ / _ _	03 -  _ _ / _ _ / _ _	04 -  _ _ / _ _ / _ _		
05 -  _ _ / _ _ / _ _	06 -  _ _ / _ _ / _ _	07 -  _ _ / _ _ / _ _	08 -  _ _ / _ _ / _ _		
09 -  _ _ / _ _ / _ _	10 -  _ _ / _ _ / _ _	11 -  _ _ / _ _ / _ _	12 -  _ _ / _ _ / _ _		
13 -  _ _ / _ _ / _ _	14 -  _ _ / _ _ / _ _	15 -  _ _ / _ _ / _ _	16 -  _ _ / _ _ / _ _		
17 -  _ _ / _ _ / _ _	18 -  _ _ / _ _ / _ _	19 -  _ _ / _ _ / _ _	20 -  _ _ / _ _ / _ _		
<b>10 - Uso Exclusivo do Setor de Avaliação e Controle</b>					
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas	Motivo da Glossa	Assinatura e Carimbo	
_ _ / _ _ / _ _	_ _	_ _			
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas	Motivo da Glossa	Assinatura e Carimbo	
_ _ / _ _ / _ _	_ _	_ _			
Observações					