

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
5 - Dados do Solicitante					
Médico Solicitante Philipe Sena		Tipo(s) de Assistência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s) 05			
6 - Dados do Beneficiário					
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
7 - Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)					
Procedimento Solicitado (Exclusivo para Neurologia)	() Inicial () Continuidade	() 2ª Competência () 3ª Competência () 4ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência	
Procedimento Solicitado 03.02.05.002-7	(X) Inicial () Continuidade	() 2ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência 9	
Procedimento Solicitado	() Inicial () Continuidade	() 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 Glossa	Assinatura e Carimbo	
_ _ / _ _ / _ _	_ _	_ _			
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas	Motivo da Glossa	Assinatura e Carimbo	
_ _ / _ _ / _ _	_ _	_ _			
Observações					