

|  |   |   |   |   |                            |
|--|---|---|---|---|----------------------------|
| 1 - Chave de autorização (SENHA)<br><b>35671</b>                             | Data de autorização<br><b>21/08/2020</b>    | 2 - Chave de autorização (SENHA)  | Data de autorização                                       | 3 - Estabelecimento de Saúde Prestador de Serviço<br><b>SoulFisio - Clínica de Fisioterapia</b> | 4 - CNES<br><b>9473890</b> |
| <b>5 - Dados do Solicitante</b>  |   |   |   |   |                            |
| Médico Solicitante<br><b>Daniella Granato</b>                                |   | Tipo(s) de Assistência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s)<br><b>05-07</b> |   |   |                            |
| <b>6 - Dados do Beneficiário</b>   |   |   |   |   |                            |
| Número do Cartão Nacional de Saúde<br><b>7 0 4 6 0 3 1 1 2 8 2 3 8 2 8</b>   |   | Nome<br><b>MARIA EUGENIA ROSARIO DOS SANTOS</b>                             |   | Nome do Responsável   |                            |
| Número do Prontuário   | Telefone do Contato<br><b>73 98227-9315</b> | Endereço<br><b>São Lourenço, 156, Santa Lucia</b>                           | Município de Residência                                   | Data de Nascimento<br><b>20/03/1964</b>   | Sexo<br><b>Feminino</b>    |
| <b>7 - Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)</b>    |   |   |   |   |                            |
| Procedimento Solicitado (Exclusivo para Neurologia)<br><b>03.02.06.002-2</b> | ( ) Inicial<br>( X ) Continuidade           | ( X ) 2ª Competência ( ) 3ª Competência<br>( ) 4ª Competência               | Quantidade Realizada nas ultimas competências<br><b>6</b> | Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência<br><b>19</b>                        |                            |
| Procedimento Solicitado<br><b>03.02.05.002-7</b>                             | ( ) Inicial<br>( X ) Continuidade           | ( X ) 2ª Competência  | Quantidade Realizada nas ultimas competências<br><b>6</b> | Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência<br><b>14</b>                        |                            |
| Procedimento Solicitado  | ( ) Inicial<br>( ) Continuidade             | ( ) 2ª Competência  | Quantidade Realizada nas ultimas competências             | Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência                                     |                            |
| Justificativa  |   |   |   |   |                            |
| <b>8 - Dados do Contratado Executante</b>                                    |   |   |   |   |                            |
| Nome Profissional Executante<br><b>Camila Novais Marinho</b>                 | Documento<br>( ) CNS ( X ) CPF              | Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Executante<br><b>053.303.135-46</b>  | 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  |   |   |   |   |                            |