

1 - Chave de autorização (SENHA) <b>58761</b>	Data de autorização <b>15/09/2019</b>	2 - Chave de autorização (SENHA)	Data de autorização	3 - Estabelecimento de Saúde Prestador de Serviço <b>SoulFisio - Clínica de Prevenção</b>	4 - CNES <b>9473890</b>
<b>5 - Dados do Solicitante</b>					
Médico Solicitante <b>HUGO SERRANO</b>		Tipo(s) de Assistência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s) <b>05-07</b>			
<b>6 - Dados do Beneficiário</b>					
Número do Cartão Nacional de Saúde <b>7 0 6 7 0 4 5 5 0 7 8 3 2 1 1</b>		Nome <b>MILENA SANTOS OLIVEIRA</b>		Nome do Responsável	
Número do Prontuário <b>1</b>	Telefone do Contato <b>73 9 8117-5648</b>	Endereço <b>R. PORTUGAL, 914, , STA LUCIA</b>	Município de Residência <b>EUNAPOLIS</b>	Data de Nascimento <b>13/05/2008</b>	Sexo <b>Feminino</b>
<b>7 - Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)</b>					
Procedimento Solicitado (Exclusivo para Neurologia) <b>03.02.06.001-4</b>	( ) Inicial ( X ) Continuidade	( X ) 2ª Competência ( ) 3ª Competência ( ) 4ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências <b>10</b>	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência <b>20</b>	
Procedimento Solicitado <b>03.02.05.002-7</b>	( ) Inicial ( X ) Continuidade	( X ) 2ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências <b>10</b>	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência <b>10</b>	
Procedimento Solicitado <b>03.02.05.004-6</b>	( ) Inicial ( X ) Continuidade	( X ) 2ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências <b>10</b>	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência <b>10</b>	
Justificativa					
<b>8 - Dados do Contratado Executante</b>					
Nome Profissional Executante <b>Camila Novais Marinho</b>	Documento ( ) CNS ( X ) CPF	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Executante <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					