

1 - Chave de autorização (SENHA) 5556	Data de autorização 02/01/2019	2 - Chave de autorização (SENHA)	Data de autorização	3 - Estabelecimento de Saude Prestador de Serviço SoulFisio - Clinica de Fisioterapia	4 - CNES 9473890
5 - Dados do Solicitante					
Médico Solicitante Hugo Serrado		Tipo(s) de Assistência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s) 05-07			
6 - Dados do Beneficiário					
Número do Cartão Nacional de Saúde 7 0 6 7 0 4 5 5 0 7 8 3 2 1 1		Nome MILENA SANTOS OLIVEIRA		Nome do Responsável	
Número do Prontuário 1	Telefone do Contato 73 9 8117-5648	Endereço R. PORTUGAL, 914, STA LUCIA	Município de Residência EUNAPOLIS	Data de Nascimento 13/05/2008	Sexo Feminino
7 - Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)					
Procedimento Solicitado (Exclusivo para Neurologia) 03.02.06.001-4	() Inicial (X) Continuidade	(X) 2ª Competência () 3ª Competência () 4ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências 20	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência 15	
Procedimento Solicitado 03.02.05.002-7	() Inicial (X) Continuidade	(X) 2ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências 20	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência 0	
Procedimento Solicitado 03.02.05.001-9	() Inicial (X) Continuidade	() 2ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências 20	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência 0	
Justificativa hgfvghfkgghfluyfotdotiytdydfyfrurtdudddddd ddddd					
8 - Dados do Contratado Executante					
Nome Profissional Executante Camila Novais	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					