

1 - Chave de autorização (SENHA) 75411	Data de autorização 06/03/2020	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 José Arnaldo F. Neto		Tipo(s) de Assistência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s) 05			
6 - Dados do Beneficiário					
Número do Cartão Nacional de Saúde 7 0 9 4 0 2 2 6 5 9 2 4 5 1 8		Nome NILZA RIBEIRO COSTA		Nome do Responsável	
Número do Prontuário	Telefone do Contato 73 99937-6265	Endereço R. BAIXA VERDE, S/N, PONTO MANECA	Município de Residência EUNAPOLIS-BA	Data de Nascimento 01/10/1967	Sexo Feminino
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 14	
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					