

1 - Chave de autorização (SENHA) 58761	Data de autorização 15/09/2019	2 - Chave de autorização (SENHA)	Data de autorização	3 - Estabelecimento de Saúde Prestador de Serviço SoulFisio - Clínica de Prevenção	4 - CNES 1231312312
<b>5 - Dados do Solicitante</b>					
Médico Solicitante HUGO SERRANO		Tipo(s) de Assistência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s) 05-07			
<b>6 - Dados do Beneficiário</b>					
Número do Cartão Nacional de Saúde 8 9 8 0 0 4 1 2 3 6 2 5 6 7 5		Nome JOSE FABIO		Nome do Responsável MARIA DA SILVA	
Número do Prontuário 1	Telefone do Contato 73 9 8816-1048	Endereço RUA DA GRAÇA, 87, STA LUCIA	Município de Residência EUNAPOLIS	Data de Nascimento 16/09/1976	Sexo Masculino
<b>7 - Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)</b>					
Procedimento Solicitado (Exclusivo para Neurologia) 03.02.06.001-4	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Continuidade	<input type="checkbox"/> 2ª Competência <input type="checkbox"/> 3ª Competência <input checked="" type="checkbox"/> 4ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências 16	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência 14	
Procedimento Solicitado 03.02.05.002-7	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Continuidade	<input type="checkbox"/> 2ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência 0	
Procedimento Solicitado 03.02.05.004-6	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Continuidade	<input type="checkbox"/> 2ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência 0	
Justificativa					
<b>8 - Dados do Contratado Executante</b>					
Nome Profissional Executante Camila Novais Marinho	Documento <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Executante 053.303.135-46	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 Glosa	Assinatura e Carimbo	
_ _ / _ _ / _ _	_ _	_ _			
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas	Motivo da Glosa	Assinatura e Carimbo	
_ _ / _ _ / _ _	_ _	_ _			
Observações					