

1 - Chave de autorização (SENHA) <b>88066</b>	Data de autorização <b>18/08/2020</b>	2 - Chave de autorização (SENHA)	Data de autorização	3 - Estabelecimento de Saúde Prestador de Serviço <b>SoulFisio - Clínica de Fisioterapia</b>	4 - CNES <b>9473890</b>
<b>5 - Dados do Solicitante</b>					
Médico Solicitante <b>ELIENE SANTOS DE SOUZA</b>		Tipo(s) de Assistência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s) <b>05</b>			
<b>6 - Dados do Beneficiário</b>					
Número do Cartão Nacional de Saúde <b>7 0 1 2 0 5 0 9 2 2 7 7 7 1 9</b>		Nome <b>RAIMUNDA DE OLIVEIRA</b>		Nome do Responsável	
Número do Prontuário	Telefone do Contato <b>73991284504</b>	Endereço <b>CAMINHO 01, 18, PARQUE DA RENOVACÃO</b>	Município de Residência <b>Eunápolis-Ba</b>	Data de Nascimento <b>09/09/1956</b>	Sexo <b>Feminino</b>
<b>7 - Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)</b>					
Procedimento Solicitado (Exclusivo para Neurologia)	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Continuidade	<input type="checkbox"/> 2ª Competência <input type="checkbox"/> 3ª Competência <input type="checkbox"/> 4ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência	
Procedimento Solicitado <b>03.02.05.002-7</b>	<input type="checkbox"/> Inicial <input checked="" type="checkbox"/> Continuidade	<input type="checkbox"/> 2ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências <b>10</b>	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência <b>10</b>	
Procedimento Solicitado	<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	
Justificativa					
<b>8 - Dados do Contratado Executante</b>					
Nome Profissional Executante <b>Camila Novais Marinho</b>	Documento <b>( ) CNS ( X ) CPF</b>	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					