

1 - Chave de autorização (SENHA) 19063	Data de autorização 03/02/2020	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 Regina Celi Campos		Tipo(s) de Assistência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s) 05			
6 - Dados do Beneficiário					
Número do Cartão Nacional de Saúde 7 0 0 5 0 3 3 4 3 6 8 1 6 5 2		Nome JOELIA OLIVIERA LIMA		Nome do Responsável	
Número do Prontuário	Telefone do Contato 73 9 8812-0233	Endereço A1, 255, ANTARES	Município de Residência EUNAPOLIS	Data de Nascimento 18/09/1974	Sexo Feminino
7 - Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)					
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 03.02.05.002-7	<input type="checkbox"/> Inicial <input checked="" type="checkbox"/> Continuidade	<input checked="" type="checkbox"/> 2ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências 13	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência	
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 Dor na região torácica e cervical, irradiada para MMSS					
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					