

1 - Chave de autorização (SENHA) 22461	Data de autorização 16/01/2020	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 Laicia Malacarne		Tipo(s) de Assistência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s) 05-07			
6 - Dados do Beneficiário					
Número do Cartão Nacional de Saúde 7 0 9 2 0 5 2 5 6 1 2 0 2 3 5		Nome LINDINALVA SILVA OLIVIERA		Nome do Responsável Maria Elenita das Silva	
Número do Prontuário	Telefone do Contato	Endereço RUA PORTUGAL, 914, STA LUCIA	Município de Residência EUNAPOLIS	Data de Nascimento 29/11/1958	Sexo Feminino
7 - Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)					
Procedimento Solicitado (Exclusivo para Neurologia) 03.02.06.001-4	(X) Inicial () Continuidade	() 2ª Competência (X) 3ª Competência () 4ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências 11-12	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência	
Procedimento Solicitado 03.02.05.002-7	(X) Inicial () Continuidade	(X) 2ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências 11-9	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência 0	
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 Glosa	Assinatura e Carimbo	
_ _ / _ _ / _ _	_ _	_ _			
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas	Motivo da Glosa	Assinatura e Carimbo	
_ _ / _ _ / _ _	_ _	_ _			
Observações					