

1 - Chave de autorização (SENHA) <b>76324</b>	Data de autorização <b>15/01/2020</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>Laicia Malacarne</b>		Tipo(s) de Assistência(s) Fisioterapêutica(s) Solicitada(s) <b>05-07</b>			
<b>6 - Dados do Beneficiário</b>					
Número do Cartão Nacional de Saúde <b>7 0 0 0 0 4 2 7 9 2 7 6 6 0 3</b>		Nome <b>LILIANE M. DE OLIVEIRA COSTA</b>		Nome do Responsável	
Número do Prontuário	Telefone do Contato	Endereço <b>AV. PAULO SOUTO , AP.103, 465, GUSMAO</b>	Município de Residência <b>EUNAPOLIS</b>	Data de Nascimento <b>25/12/1966</b>	Sexo <b>Feminino</b>
<b>7 - Dados da Solicitação / Procedimentos Solicitados (Máximo de 2)</b>					
Procedimento Solicitado (Exclusivo para Neurologia) <b>03.02.06.001-4</b>	( X ) Inicial ( ) Continuidade	( ) 2ª Competência ( ) 3ª Competência ( ) 4ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências <b>5 - 5</b>	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência	
Procedimento Solicitado <b>03.02.05.002-7</b>	( X ) Inicial ( ) Continuidade	( ) 2ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências <b>5 - 5</b>	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência	
Procedimento Solicitado	( ) Inicial ( ) Continuidade	( ) 2ª Competência	Quantidade Realizada nas ultimas competências	Quantidade de Sessões Realizadas (Máximo de 20) competência	
Justificativa <b>Paciente com dor em punho e ombro - lesão por esforço repetitivo.</b>					
<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 Glosa	Assinatura e Carimbo	
/       /					
Data	Sessões Cobradas	Sessões Faturadas	Motivo da Glosa	Assinatura e Carimbo	
/       /					
Observações					