

**Controle de Tratamento Fisioterápico**

Por gentileza, imprimir uma cópia desta autorização para que o(a) segurado (a) ou responsável assine todas as sessões realizadas.

Data de início: 13/11/24

| <b><u>SESSÃO</u></b> | <b><u>DATA</u></b> | <b><u>ASSINATURA</u></b> |
|----------------------|--------------------|--------------------------|
| 1ª                   | 13/11/24           | X Melsilveira BARBOSA    |
| 2ª                   | 19/11/24           | Melsilveira BARBOSA      |
| 3ª                   | 28/11/24           | Melsilveira BARBOSA      |
| 4ª                   | 29/11/24           | Melsilveira BARBOSA      |
| 5ª                   | 3/12/24            | Melsilveira BARBOSA      |
| 6ª                   | 4/12/24            | Melsilveira BARBOSA      |
| 7ª                   | 6/12/24            | Melsilveira BARBOSA      |
| 8ª                   | 9/12/24            | Melsilveira BARBOSA      |
| 9ª                   | 11/12/24           | Melsilveira BARBOSA      |
| 10ª                  | 13/12/24           | Melsilveira BARBOSA      |
| 11ª                  |                    |                          |
| 12ª                  |                    |                          |
| 13ª                  |                    |                          |
| 14ª                  |                    |                          |
| 15ª                  |                    |                          |
| 16ª                  |                    |                          |
| 17ª                  |                    |                          |
| 18ª                  |                    |                          |
| 19ª                  |                    |                          |
| 20ª                  |                    |                          |

Declaro haver feito \_\_\_\_ sessões de fisioterapia.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) segurado(a) ou responsáveis

**IMPORTANTE**

Este documento precisa ser assinado pelo(a) segurado(a) ou pelos responsáveis, após o término das sessões, e enviado por fax ou e-mail à Assistência 24h.

PÚBLICA c4d-5wp-1ce