

2022



**PROGRAMA DE REABILITAÇÃO  
AMBULATORIAL MULTIDISCIPLINAR  
PÓS-COVID-19**

**Governador do Estado**  
RUI COSTA DOS SANTOS

---

**Secretário da Administração**  
EDELVINO DA SILVA GÓES FILHO

**REALIZAÇÃO**

---

**COORDENADOR GERAL**

MARIA DO SOCORRO DA COSTA BRITO

**COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROJETOS DE SAÚDE**

MARIA BEATRIZ FAUAZE

**COORDENAÇÃO DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO A SAÚDE**

SAMEA REGINA ANDRADE BARRETO

**COORDENAÇÃO DE REGULAÇÃO**

NEILDES AMORIM PITANGA

**EQUIPE REVISORA**

CARLA FARIAS CIRÍACO  
NÚBIA LINO DE OLIVEIRA  
VANIA TAVARES OLIVEIRA

**ASSESSORIA TÉCNICO ADMINISTRATIVA**

RITTA DE CASSIA DA SILVA FERREIRA SANTOS

**EQUIPE EXECUTADORA**

ROGERIO FERREIRA DA SILVA  
TAMIRES MACEDO OLIVEIRA

BAHIA Secretaria da Administração  
Programa de reabilitação ambulatorial multidisciplinar pós-COVID-19. 01ª ed.2022  
Salvador: SAEB/Planserv/CGPS, 2022  
17 p.

Programa de reabilitação ambulatorial multidisciplinar pós-COVID-19.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>6</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>7</b>
<b>3.1. Objetivo Geral .....</b>	<b>7</b>
<b>3.2. Objetivos Específicos.....</b>	<b>7</b>
<b>4. PREMISSAS DOPROGRAMA .....</b>	<b>7</b>
<b>4.1 Critérios de inclusão .....</b>	<b>7</b>
<b>4.2. Critérios de Exclusão .....</b>	<b>8</b>
<b>4.3. Critérios Clínicos .....</b>	<b>8</b>
<b>4.4. Portas de Entrada .....</b>	<b>8</b>
<b>5. ESTRATOS DO ATENDIMENTO.....</b>	<b>8</b>
<b>5.1 ADMISSÃO DO PACIENTE NO PROGRAMA .....</b>	<b>8</b>
<b>5.2 DESCRIÇÃO DOS PACOTES .....</b>	<b>9</b>
<b>5.2.1 PERFIL LEVE.....</b>	<b>9</b>
<b>5.2.2 PERFIL MODERADO .....</b>	<b>10</b>
<b>5.2.3 PERFIL INTENSIVO .....</b>	<b>10</b>
<b>6. HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES .....</b>	<b>11</b>
<b>7. HABILITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....</b>	<b>13</b>
<b>8. INSTRUÇÕES GERAIS.....</b>	<b>13</b>
<b>9. TROCA DE PRESTADOR.....</b>	<b>14</b>
<b>10. MONITORAMENTO DO PROGRAMA .....</b>	<b>14</b>
<b>11. ALTA DO PROGRAMA.....</b>	<b>14</b>
<b>12. FLUXO DE ETAPAS DO PROGRAMA.....</b>	<b>15</b>
<b>13. CONTROLE E AUDITORIA.....</b>	<b>16</b>
<b>14. EXCLUSÃO DOS PRESTADORES DO PROGRAMA .....</b>	<b>16</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>17</b>
<b>ANEXO II.....</b>	<b>18</b>
<b>ANEXO III.....</b>	<b>19</b>

### DADOS DA INSTITUIÇÃO

---

INSTITUIÇÃO	PLANSERV - Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais
ENDEREÇO	Centro de Atenção à Saúde Professor Dr. José Maria de Magalhães Netto - 4º andar - Avenida Antonio Carlos Magalhães – S/N – Lado Ímpar, Parque Bela Vista - Iguatemi - Salvador / Ba – CEP: 40280-000.
TELEFONE	(71)3116-4700
ATIVIDADE PREDOMINANTE	Assistência à saúde dos servidores públicos do Estado da Bahia, seus dependentes, agregados e pensionistas
UNIDADE EXECUTORA	Coordenação de Gestão de Projetos em Saúde

---

Tabela 1

## **1. INTRODUÇÃO**

A pandemia do COVID-19, doença causada pelo vírus conhecido como SARS-CoV-2, gerou um cenário complexo para os sistemas de saúde, com diferentes tipos de complicações e graus de comprometimento funcional em indivíduos que se recuperam da doença. A forma grave da doença causa danos pulmonares, podendo resultar em insuficiência respiratória.

Posteriormente, esses pacientes podem evoluir com fibrose pulmonar, uma consequência do processo de reparação da lesão pulmonar. Muitas vezes os pacientes mais graves necessitam de suporte respiratório que pode variar da oxigenoterapia à ventilação mecânica invasiva prolongada. Alguns pacientes cursam com internação prolongada e podem evoluir para sequelas sistêmicas importantes, gerando novas demandas assistenciais.

Embora as sequelas pós-COVID-19 sejam mais comuns em pacientes que desenvolveram a forma grave, indivíduos com doença moderada e que não necessitaram de hospitalização também podem ter algum grau de comprometimento funcional.

O comprometimento funcional pós-COVID-19 pode prejudicar a capacidade de realização das atividades devida diária, alterar o desempenho profissional e dificultar a interação social. No cenário atual, embora os esforços para diminuir a incidência e mortalidade ainda sejam prioritários, os sistemas de assistência à saúde necessitam se readequar com estratégias de reabilitação para os pacientes recuperados da COVID-19.

## **2. JUSTIFICATIVA**

A COVID-19 trouxe impactos na saúde individual e coletiva que vão além da fase aguda da doença. As sequelas físicas e psicossociais causam impactos no médio e longo prazos e persistem além do período da internação hospitalar, gerando necessidades assistenciais no âmbito da reabilitação. Neste contexto, foi desenvolvido o Programa de Reabilitação Ambulatorial Multidisciplinar Pós-COVID-19 para possibilitar a atenção integral ao beneficiário.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Promover ampliação do atendimento ambulatorial aos pacientes a partir de 15 anos de idade recuperados da COVID-19 que possuem sequelas em decorrência da doença.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Disponibilizar atendimento ambulatorial de qualidade aos pacientes a partir de 15 anos recuperados de COVID-19 que possuem sequelas em decorrência da doença e que se enquadram nos critérios de elegibilidade deste programa (critérios de inclusão e clínicos);
- Ampliar a oferta de profissionais qualificados ao atendimento ambulatorial deste perfil de paciente;
- Aumentar o acesso aos serviços prestados, através de um acompanhamento ambulatorial regular;
- Promover atendimento integrado multidisciplinar;
- Reduzir a demanda nos serviços de urgência/emergência e internações hospitalares por sequelas da COVID-19.

### **4. PREMISSAS DO PROGRAMA**

#### **4.1 Critérios de inclusão**

Beneficiários recuperados de COVID-19 com comprovação por RT-PCR na ocasião do diagnóstico que cursam com sequelas e necessidade de reabilitação:

- Pacientes egressos de internação hospitalar por COVID-19;
- Pacientes acompanhados pela AIS/Central COVID.

## **4.2. Critérios de Exclusão**

- Paciente na fase ativa da COVID-19;
- Paciente sem condições de realizar atendimento ambulatorial.

## **4.3. Critérios Clínicos**

- Sequela motora;
- Sequela respiratória;
- Dificuldade fonatória ou de deglutição;
- Perda de massa muscular.

## **4.4. Portas de Entrada**

- Pacientes egressos da internação hospitalar;
- Triados pelo telemonitoramento;
- Beneficiários que entrarem em contato com AIS/Central COVID-19.

## **5. ESTRATOS DO ATENDIMENTO**

### **5.1 ADMISSÃO DO PACIENTE NO PROGRAMA**

**Código: 81.000.01-7 – Programa de reabilitação ambulatorial multidisciplinar pós-COVID-19**

- Código principal do programa, não valorado.

## 5.2 DESCRIÇÃO DOS PACOTES

- Perfil Leve (Pacientes sem histórico de Internação) - **Código: 82.000.01-1**;
- Perfil Moderado (Paciente com sintomas moderados) - **Código: 82.000.01-2**;
- Perfil Intensivo (Pacientes com histórico de internação e ventilação mecânica) – **Código: 82.000.01-3**.

### 5.2.1 PERFIL LEVE

**Código: 82.000.01-1 – Atendimento Reabilitação Pós Covid-19 – LEVE**

Tipo de atendimento	Quantitativo mínimo mensal	Valor total
Consulta médica (Referência)	1	<b>R\$ 953,00</b>
Especialidades Médicas	1	
Fisioterapia	8	
Psicologia	2	
Prova Função pulmonar	1	
Custo com EPI	1	

## 5.2.2 PERFIL MODERADO

**Código: 82.000.01-2 – Atendimento Reabilitação Pós Covid-19 – MODERADO**

<b>Tipo de atendimento</b>	<b>Quantitativo mínimo mensal</b>	<b>Valor total</b>
Consulta médica (Referência)	1	<b>R\$ 1.541,90</b>
Especialidades Médicas	2	
Fisioterapia	10	
Psicologia	2	
Eletrocardiograma	1	
Prova Função pulmonar	1	
Ecodopplercardiograma	1	
Doppler de membro unilateral	2	
Custo com EPI	1	

## 5.2.3 PERFIL INTENSIVO

**Código: 82.000.01-3 – Atendimento Reabilitação Pós Covid-19 – INTENSIVO**

<b>Tipo de atendimento</b>	<b>Quantitativo mínimo mensal</b>	<b>Valor Unitário</b>
Consulta médica (Referência)	1	
Especialidades Médicas	4	
Fisioterapia	12	
Psicologia	4	
Fonoaudiologia	4	

Nutricionista	2	<b>R\$ 2.282,9 0</b>
Eletrocardiograma	1	
Prova Função pulmonar	2	
Ecodopplercardiograma	1	
Doppler de membro unilateral	2	
Custo com EPI	1	

## 6. HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES

Apenas poderá ser habilitado para prestação do serviço prestadores que já possuem credenciamento para especialidade de pneumologia comprovada documentalmente.

Cabe à Coordenação de Relacionamento com Prestadores a análise para credenciamento e/ou habilitação do prestador no programa, de acordo com o estabelecido nos padrões de credenciamento que dispõem as exigências legais, condições de participação e objetos existentes nos editais disponíveis no sítio eletrônico do Planserv, item Credenciamento de Prestadores.

O prestador só estará apto a iniciar a prestação do serviço após a assinatura e envio do termo de anuência.

## 7. HABILITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Para habilitação dos profissionais ao Programa de Reabilitação Ambulatorial Multidisciplinar Pós-COVID-19 é necessário o encaminhamento de cópias dos seguintes documentos:

### Médicos:

- Certificado de conclusão de residência médica reconhecido pelo MEC ou registro da especialidade no Conselho Regional de Medicina ou título de especialista reconhecido pela Associação Médica Brasileira (AMB);
- Currículo Atualizado;
- Carteira do Conselho Profissional;
- Declaração de Vínculo emitida pelo prestador.

### Fisioterapeutas:

- Certificado de conclusão de curso frente e verso;
- Currículo Atualizado;
- Carteira do Conselho Profissional;
- Comprovante de experiência de no mínimo 02 anos ou especialização na área de atuação;
- Declaração de Vínculo emitida pelo prestador.

**Fonoaudiólogos:**

- Certificado de conclusão de curso frente e verso;
- Currículo Atualizado;
- Carteira do Conselho Profissional;
- Comprovante de experiência de no mínimo 02 anos ou especialização na área de atuação;
- Declaração de Vínculo emitida pelo prestador.

**Psicólogos:**

- Certificado de conclusão de curso frente e verso;
- Currículo Atualizado;
- Carteira do Conselho Profissional;
- Comprovante de experiência de no mínimo 02 anos ou especialização na área de atuação;
- Declaração de Vínculo emitida pelo prestador;

**Nutricionistas:**

- Certificado de conclusão de curso frente e verso;
- Currículo Atualizado;
- Carteira do Conselho Profissional;
- Comprovante de experiência de no mínimo 02 anos ou especialização na área de atuação;
- Declaração de Vínculo emitida pelo prestador;

## 8. INSTRUÇÕES GERAIS

- Autorização prévia técnica;
- O Planserv realiza a inclusão do beneficiário no Programa através de código não valorado;
- O prestador realiza consulta inicial e encaminha o plano de terapêutico, informando o quadro clínico e modalidade indicada, através da guia inicial para análise quanto à pertinência técnica;
- Após análise técnica da avaliação inicial, se comprovado que o beneficiário tem critérios para inclusão no programa, a guia inicial é autorizada e após o período de 30 dias o prestador inclui as prorrogações mediante guia complementar;
- Após análise técnica da avaliação inicial, se comprovado que o beneficiário não tem critério para inclusão no programa, a guia inicial é ajustada e a avaliação será autorizada com codificação do Rol de Procedimentos Plansev;
- Deve ser encaminhado o laudo da Prova de Função Pulmonar para análise técnica das prorrogações;
- A cada mês o prestador deve encaminhar relatório multidisciplinar com justificativa e plano terapêutico para a prorrogação do Programa;
- O intervalo mínimo para solicitação dos pacotes ( Leve, Moderado ou Intensivo) é de 30 dias;
- Após a alta do Programa, deve ser encaminhado o relatório multidisciplinar;
- O Programa tem duração máxima de 180 dias para os Perfis Moderado e Intensivo;
- O Programa tem duração máxima de 90 dias para o Perfil Leve;
- Em casos de indicação clínica de desmame, deve ser encaminhado relatório com a evolução do beneficiário;
- A duração máxima de permanência no programa é de 180 dias, independente da utilização dos pacotes (Leve, Moderado ou Intensivo);
- Em caso de necessidade clínica de permanência; após o fim do período de 180 dias, é necessário encaminhamento de relatório justificando a continuidade do beneficiário no Programa para casos específicos: Perfil Moderado (Paciente com sintomas moderados) - **Código: 82.000.01-2**; e Perfil Intensivo (Pacientes com histórico de internação e ventilação mecânica) - **82.000.01-3**;

- Para os casos de beneficiários com Perfil Leve, não é autorizada extensão;
- Considerando as premissas do Programa, todo prestador habilitado deve contemplar atendimento integral em todas as áreas citadas neste Protocolo;
- A solicitação dos pacotes deve ser compatível com a condição clínica do beneficiário;
- Em caso de divergência entre o quadro clínico e a solicitação, a equipe técnica fará os ajustes necessários conforme necessidade assistencial;
- Beneficiário com solicitação de apenas serviços pontuais, deve ser atendido na rede credenciada;
- Não será permitida a solicitação de consultas eletivas complementar ao pacote;
- Na base de cálculo do Programa, foram contemplados todos os atendimentos com a equipe multidisciplinar, conforme necessidade assistencial para o período de 30 dias, bem como o custo com Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

## **9. TROCA DE PRESTADOR**

Neste programa não será permitida a troca de prestador.

## **10. MONITORAMENTO DO PROGRAMA**

- Visitas Técnicas;
- Análise documental;
- Telemonitoramento;
- Indicadores assistenciais;
- Pesquisa de Satisfação do Beneficiário.

## **11. ALTA DO PROGRAMA**

- A alta do Programa se dá por meio administrativo ou clínico;
- A alta administrativa abrange todos os beneficiários que por alguma razão deixarem de

comparecer aos atendimentos do Programa no período de 30 dias;

- O Planserv pode solicitar ao prestador o encaminhamento do relatório de alta (Anexo IV) para aqueles que tenham 30 dias ou mais sem comparecer aos atendimentos;
- A alta clínica, após reabilitação, é de acordo com avaliação do médico e especialistas que acompanham o beneficiário, sendo necessário o encaminhamento de relatório (Anexo IV), informando motivo da alta e quadro clínico atualizado.

## **12. FLUXO DE ETAPAS DO PROGRAMA**

- Autorização prévia para todos os pacotes (Leve, Moderado, Intensivo);
- Inclusão de documentação inicial no sistema pelo Planserv, deixando a guia aberta para o prestador, com status “aguardando documentação”;
- O prestador deve extrair do sistema diariamente as guias referentes ao programa que tenham o status “aguardando documentação” e contactar os beneficiários para agendamento da avaliação inicial;
- Após avaliação inicial, havendo pertinência clínica para o ingresso do beneficiário ao Programa, o prestador deve encaminhar para análise técnica do Planserv: Plano Terapêutico (Anexo II) com a justificativa e modalidade indicada, assinada pelo médico assistente e termo de adesão (Anexo I) preenchido e assinado pelo beneficiário;
- Para Prorrogação dos pacotes é necessário o encaminhamento do Plano Terapêutico (Anexo III), com o preenchimento de todos os campos e evoluções dos profissionais;
- As Prorrogações devem ser encaminhadas no primeiro dia após a finalização do período anterior;
- Prazo de avaliação e emissão do parecer técnico do Planserv é de em até 48h;

## **13. CONTROLE E AUDITORIA**

O Planserv poderá realizar mecanismos de controle técnicos e administrativos através das seguintes ferramentas:

- Pré-auditoria e pós-auditoria médica;
- Contato e perícia em beneficiário antes e/ou após os procedimentos.

Fica sob responsabilidade do prestador comunicar ao PLANSEV a exclusão ou a substituição dos profissionais da equipe multidisciplinar, bem como o cumprimento das normas preestabelecidas acima para pagamento, sendo obrigatório a apresentação da documentação comprobatória para execução do serviço na apresentação da conta.

#### **14. EXCLUSÃO DOS PRESTADORES DO PROGRAMA**

- A inexecução, total ou parcial do programa ensejará a sua exclusão.
- O prestador poderá solicitar a exclusão do programa com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, sem prejuízo da conclusão dos serviços já iniciados.

## ANEXO I TERMO DE ADESÃO

### Programa de reabilitação ambulatorial multidisciplinar pós-COVID-19

O Programa de reabilitação ambulatorial multidisciplinar pós-COVID-19/PLANSERV visa oferecer atendimento ambulatorial de qualidade aos beneficiários do Planserv com idade superior a 15 anos e recuperados de COVID-19 que possuem sequelas em decorrência da doença.

Os admitidos neste programa poderão ser assistidos através de atendimento integrado entre as seguintes áreas: fisioterapia; fonoaudiologia; psicologia; nutrição e especialidades médicas.

Trata-se de um programa de acompanhamento para beneficiários recuperados de COVID-19 (com comprovação por exame RT-PCR), com duração máxima de 180 dias, conforme necessidade clínica, sendo imprescindível atender aos critérios de inclusão e clínicos:

#### Critérios de inclusão:

- Beneficiários recuperados de COVID-19 com comprovação por RT-PCR na ocasião do diagnóstico;
- Pacientes egressos de internação hospitalar por COVID-19;
- Pacientes acompanhados/monitorados em domicílio, ambulatório ou emergência durante o curso da COVID-19;

#### Critérios Clínicos:

- Sequela motora ou;
- Sequela respiratória ou;
- Dificuldade fonatória ou de deglutição ou;
- Perda de massa muscular.

O beneficiário assistido no Programa de Reabilitação pós COVID-19, não poderá realizar consultas eletivas para outras especialidades que não estão no programa junto ao mesmo prestador em que estiver sendo acompanhado no referido programa. Já estão contemplados no programa, assim como, serão negados os pedidos de consultas eletivas para as seguintes especialidades médicas: pneumologista e infectologista e a execução de prova de função pulmonar em qualquer outro prestador da rede Planserv, durante a permanência no programa.

Eu \_\_\_\_\_, beneficiário(a) do Planserv, matrícula \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordo em aderir ao **Programa de reabilitação ambulatorial multidisciplinar pós-COVID-19** Planserv e estou ciente e de acordo com os esclarecimentos contidos neste Termo de Adesão.

Atesto recebimento de uma cópia deste Termo de Adesão ao Programa de Reabilitação Ambulatorial Multidisciplinar pós Covid-19

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do(a) beneficiário (a)

**ANEXO II  
FORMULARIO DE ENCAMINHAMENTO**

**PLANO TERAPÊUTICO - PROGRAMA AMBULATORIAL REABILITAÇÃO PÓS COVID**

Admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Período: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ á \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO**

Médico Assistente: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )

**III. MODALIDADE DE TRATAMENTO**

( ) Leve ( ) Moderado ( ) Intensivo

Justificativa da Modalidade:

**IV. TERAPIAS RECOMENDADAS - PERIODICIDADE**

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta

**IV. JUSTIFICATIVA PARA ADMISSÃO (Médico):**

**VI. DATA E ASSINATURA**

Data:

Assinatura e Carimbo (Médico Assistente)

**ANEXO III  
FORMULARIO DE PRORROGAÇÃO**

**PLANO TERAPEUTICO - PROGRAMA AMBULATORIAL REABILITAÇÃO POS COVID  
PRORROGAÇÃO**

Admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Período: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ á \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO**

Médico Assistente: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )

**III. MODALIDADE DE TRATAMENTO**

( ) Leve ( ) Moderado ( ) Intensivo

Justificativa da Modalidade:

**IV. TERAPIAS RECOMENDADAS - PERIODICIDADE**

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta

**IV. JUSTIFICATIVA PARA CONTINUIDADE:**

**V. Evolução Multidisciplinar:**

**FISIOTERAPEUTA:**

Assinatura e Carimbo

**FONOAUDIOLOGO:**

Assinatura e Carimbo

**NUTRICIONISTA:**

Assinatura e Carimbo

**PSICÓLOGO:**

Assinatura e Carimbo

**VI. DATA E ASSINATURA**

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura e Carimbo (Médico Assistente)

**ANEXO IV  
FORMULARIO DE ALTA**

**FORMULÁRIO DE ALTA - PROGRAMA AMBULATORIAL REABILITAÇÃO PÓS COVID**

Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO**

Médico Assistente:

CRM:

**II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome:

TEL:

EMAIL:

Endereço:

Bairro:

Data Nascimento:

Idade:

Sexo: F ( ) M ( )

**III. MOTIVO DA ALTA**

( ) ADMINISTRATIVA

( ) CLÍNICA

Justificativa para alta:

**V. Evolução Multidisciplinar:**

**FISIOTERAPEUTA:**

Assinatura e  
Carimbo

**FONOAUDIOLOGO:**

Assinatura e  
Carimbo

**NUTRICIONISTA:**

Assinatura e  
Carimbo

**PSICÓLOGO:**

Assinatura e  
Carimbo

**VI. DATA E ASSINATURA**

Data:

Assinatura e Carimbo (Médico Assistente)