

PROGRAMA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL PEDIÁTRICO



**JULHO
2026**

Governador do Estado
JERÔNIMO RODRIGUES SOUZA

Secretário da Administração
RODRIGO PIMENTEL DE SOUZA LIMA

REALIZAÇÃO

COORDENADOR GERAL
LUIZ EDUARDO BARRETO PEREZ

COORDENADOR Adjunto
LARISSA GUERRA DA SILVA

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROJETOS DE SAÚDE
MARIA BEATRIZ FAUAZE

NÚCLEO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS DE SAÚDE
ZEUSA ADRIANE DAVID MARQUES

ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO-2012
AMANDA ROCHA MARTINS
SÔNIA MARA DA GAMA RIBEIRO
ANGELA MARIA NOLASCO FARIAS

REVISÃO DO PROTOCOLO - 2026
MARCELA RIBEIRO DA COSTA
NADJA NARA REHEM DE SOUZA
RITTA DE CASSIA DA SILVA F.SANTOS
ZAÍLA TAIS TEIXEIRS SILVA

BAHIA Secretaria da Administração
Programa de Atendimento Pediátrico. 14ª ed.2024 SALVADOR: SAEB/CGPS,
Julho 2026 28p.

1.Programa de Atendimento Ambulatorial Pediátrico

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	6
2. JUSTIFICATIVA	6
3. OBJETIVOS	7
3.1 Objetivo Geral.....	7
3.2 Objetivos Específicos.....	7
4. PREMISSAS DO PROGRAMA	7
4.1 Atendimento Pediátrico	7
4.2 Atendimento com Médicos Especialistas	8
4.3 Atendimento em Fisioterapia Pediátrica	8
4.4 Atendimento em Fonoaudiologia Pediátrica	9
4.5 Atendimento Psicológico Infantil.....	10
4.6 Atendimento com Nutricionista Infantil	11
4.7 Atendimento em Terapia Ocupacional Pediátrica.....	12
5. HABILITAÇÃO DO PRESTADOR	13
6. HABILITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	13
7. INSTRUÇÕES GERAIS	14
8. TROCA DE PRESTADOR	15
9. MONITORAMENTO DO PROGRAMA	16
10. ALTA DO PROGRAMA	16
11. ETAPAS DO PROGRAMA	16
12. FLUXOGRAMA	17
13. DIAGRAMA	18
14. COMPOSIÇÃO DE PREÇOS	19
ANEXO III	22
ANEXO V	24
ANEXO VII	26
ANEXO IX	28

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 de Saúde - CGPS

Tabela 1

1. INTRODUÇÃO

O PLANSERV é o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais, vinculado à Secretaria de Administração do Estado. Para prestar esse serviço de saúde e é responsável por cuidar de aproximadamente 516 mil vidas.

Nos últimos anos, o PLANSERV promoveu um importante processo de reestruturação e reorganização interna, com o objetivo de construir um modelo de gestão, mudando seu foco de atenção de curativa para preventiva, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários.

Neste contexto, o Planserv desenvolveu o Programa de Atendimento Ambulatorial Pediátrico, visando oferecer uma melhor assistência à faixa etária de 0 a 14 anos de idade.

A Pediatria é a especialidade médica dedicada a prestar assistência à criança e ao adolescente, nos seus diversos aspectos, sejam eles preventivos ou curativos, visto que esta parcela da população se encontra em fase de crescimento e desenvolvimento, necessitando de avaliações constantes e intervenções precoces. Os aspectos preventivos envolvem ações como incentivo ao aleitamento materno, imunizações (vacinas), prevenção de acidentes, além do acompanhamento e das orientações necessárias a um crescimento e desenvolvimento saudáveis. Estas ações contribuem para promover uma redução no número de internações e diminuição da utilização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Já os curativos, correspondem aos procedimentos e tratamentos das mais diversas doenças, exclusivas ou não, da referida faixa etária.

Desta forma, este programa representa um ganho na qualidade de vida da criança e do adolescente, proporcionando o desenvolvimento de um adulto saudável.

2. JUSTIFICATIVA

A escolha da abordagem direcionada à pediatria foi devido ao número significativo de beneficiários do Planserv na faixa etária de 0 a 14 anos, como também pela necessidade de cuidados especiais nesta população, sobretudo nos primeiros anos de vida para a prevenção e detecção precoce de doenças.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Promover uma melhoria na qualidade e na ampliação do atendimento ambulatorial às crianças.

3.2 Objetivos Específicos

- o Disponibilizar atendimento ambulatorial de qualidade a crianças desde o nascimento até a faixa etária de 14 anos;
- o Ampliar a oferta de profissionais qualificados ao atendimento ambulatorial da criança;
- o Aumentar o acesso aos serviços prestados à criança, através de um acompanhamento ambulatorial regular;
- o Promover atendimento pediátrico integrado com outras áreas, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e especialistas com habilitação em pediatria;
- o Reduzir a demanda infantil para os serviços de urgência/emergência e internações hospitalares.

4. PREMISSAS DO PROGRAMA

4.1 Atendimento Pediátrico

- o Atendimento individual em consultório com pediatra qualificado registrado no Conselho Regional de Medicina;
- o Atendimento da criança na faixa etária de 0 a 14 anos;
- o Solicitação de autorização prévia automática de até 12 consultas por ano;
- o O beneficiário poderá retornar com o intervalo de até 15 dias, tendo como referência a data do último atendimento, sendo esta consulta considerada revisão, não podendo ser cobrada.
- o O prestador só poderá solicitar no sistema uma consulta a cada 30 dias por beneficiário;
- o A consulta terá a seguinte codificação:
 - o Até 30 dias de vida - código 81000093 (Atendimento pediátrico a Recém-Nascido)
 - o A partir de 31 dias a 14 anos - código 81000099 (Atendimento pediátrico)

4.2 Atendimento com Médicos Especialistas

- o Atendimento individual em consultório com médicos especialistas;
- o Atendimento da criança na faixa etária de 0 a 14 anos;
- o Solicitação de autorização prévia técnica de 2 consulta por ano, por especialidade, mediante envio de relatório do médico pediatra com justificativa clínica para o atendimento (Anexo II).

- o Caso o beneficiário precise dar continuidade ao tratamento deverá ser encaminhado relatório de acompanhamento do médico especialista (Cardiologista; Gastroenterologista; Neurologista; Alergologista; Pneumologista; Infectologista e Ortopedista) justificando a continuidade dos atendimentos, para análise pela equipe técnica do PLANSESV.

- o A consulta terá a seguinte codificação, de acordo com cada especialidade:
- o Código 81000096 (Atendimento com especialista habilitado em Cardiologia);
- o Código 81000097 (Atendimento com especialista habilitado em Gastroenterologia);
- o Código 81000098 (Atendimento com especialista habilitado em Neurologia);
- o Código 81000086 (Atendimento com especialista habilitado em Pneumologia);
- o Código 81000087 (Atendimento com especialista habilitado em Alergologia);
- o Código 81000088 (Atendimento com especialista habilitado em Infectologia);
- o Código 81000089 (Atendimento com especialista habilitado em Ortopedia).
- o Código 81000090 (Atendimento com especialista habilitado em Psiquiatria).

4.3 Atendimento em Fisioterapia Pediátrica

- o Atendimento individualizado em consultório com fisioterapeuta qualificado em pediatria;
- o Atendimento da criança na faixa etária de 0 a 14 anos;
- o Atendimento de crianças que ao nascer apresentem algum fator de risco para atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, como anóxia perinatal, baixo peso, prematuridade, infecções perinatais, até o primeiro ano de vida;
- o Tratamento de crianças com alterações no desenvolvimento neuropsicomotor;
- o Tratamento de crianças com malformações congênitas, até o primeiro ano de vida;
- o Tratamento de crianças com distúrbios neurológicos;
- o Tratamento de crianças com doenças do aparelho respiratório inferior agudas ou crônicas agudizadas;
- o Tratamento de crianças com Síndromes Genéticas (Ex: Síndrome de Down);
- o Solicitação de autorização prévia técnica de no máximo 08 sessões por relatório

para período de 30 dias, podendo ser liberadas até 36 sessões por ano, de acordo com a patologia e plano terapêutico proposto em ficha de encaminhamento, considerando 01 sessão ao dia paracobranças;

- o As solicitações de pacote com 08 sessões deverão ter intervalo mínimo de 25 dias;
- o Para autorização da continuidade do tratamento, necessário envio de relatório do fisioterapeuta com evolução clínica, objetivos terapêuticos, diagnóstico e quantidade de sessões necessárias (Anexo III);
- o Em caso de pacientes com síndromes genéticas e neuropatias, serão analisados, pela equipe técnica do PLANSEV a possibilidade de autorização de mais sessões, após avaliação de relatório do profissional responsável e evolução do paciente.
- o A consulta inicial deverá ser solicitada pelo médico pediatra, mediante envio de relatório padronizado pelo PLANSEV (Anexo I)
- o Consulta com codificação específica – código: 81000091 (Atendimento em Fisioterapia Pediátrica).
- o Pacientes com mais de uma patologia de categorias diferentes, deverão ser tratados integralmente. As técnicas aplicadas devem abranger todo conjunto necessário para reabilitação destas patologias;
- o Beneficiários em tratamento fisioterápico através do Programa de Pediatria não poderão ser acompanhados concomitantes aos serviços de fisioterapia disponíveis na rede.

4.4 Atendimento em Fonoaudiologia Pediátrica

- o Atendimento individualizado em consultório com fonoaudiólogo qualificado em pediatria;
- o Atendimento da criança na faixa etária de 0 a 14 anos:
 - o Atendimento da criança com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor;
 - o Atendimento da criança com distúrbio de audição;
 - o Atendimento de crianças com alterações miofuncionais (sucção, mastigação, deglutição);
- o Atendimento a crianças com Síndrome Genética.
- o Atendimento da criança na faixa etária de 2 a 14 anos:
 - o Atendimento a beneficiários com atraso de linguagem;
 - o Atendimento a beneficiários em investigação para transtorno do espectro autista;
- o Atendimento da criança na faixa etária de 3 a 14 anos:
 - o Atendimento da criança com distúrbios de linguagem, fala e voz, caso

obeneficiário não apresente transtornos neurológicos;

- o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)
- o Atendimento da criança na faixa etária de 5 a 14 anos:
- o Dislexia – dificuldade na leitura e escrita
- o Discalculia – desordem neurológica que afeta a habilidade com números
- o Transtorno de déficit de atenção – TDA
- o Solicitação de autorização prévia técnica de no máximo 04 sessões por relatório

para período de 30 dias, podendo ser liberadas até 24 sessões por ano, de acordo com a patologia e plano terapêutico proposto em ficha de encaminhamento.

- o As solicitações de pacote com 04 sessões deverão ter intervalo mínimo de 25 dias;
- o Em caso de pacientes com síndromes genéticas e neuropatias, será analisado, pela equipe técnica do PLANSESV a possibilidade de autorização de mais sessões, após avaliação de relatório do profissional responsável e evolução do paciente.

- o A consulta inicial deverá ser solicitada pelo médico pediatra, mediante envio de relatório padronizado pelo PLANSESV (Anexo I).

- o Para autorização da continuidade do tratamento, necessário envio de relatório do fonoaudiólogo com evolução clínica, objetivos terapêuticos, diagnóstico e quantidade de sessões necessárias (Anexo IV);

- o Consulta com codificação específica – código: 81000092 (Atendimento em Fonoaudiologia Pediátrica).

4.5 Atendimento Psicológico Infantil

- o Atendimento individualizado em consultório com psicólogo qualificado em pediatria;
- o Atendimento a crianças na faixa etária de 3 a 14 anos;
- o Atendimento a crianças com alterações psicológicas compatíveis aos seguintes diagnósticos:

- o Transtornos do Desenvolvimento Psicológico (CID F70 –F72; F78 - F79; F83 - F84; F88 - F89)

- o Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (CID F90 – F95; F98 – F99);

- o Crianças a partir de 06 anos de idade que necessitem de acompanhamento psicológico e não apresentem os critérios descritos acima deverão ser encaminhadas ao Programa de Saúde Mental, conforme análise do relatório pela equipe técnica do PLANSESV.

- o Crianças a partir de 02 anos que estejam em investigação para transtorno do espectro autista poderão ser acompanhadas com a psicoterapia, mediante

apresentação de relatório médico justificando a solicitação e análise do Planserv.

o Solicitação de autorização prévia técnica de no máximo 04 sessões por relatório para o período de 30 dias, podendo ser liberadas até 24 sessões por ano, de acordo com o plano terapêutico proposto em ficha de encaminhamento.

o As solicitações de pacote com 04 sessões deverão ter intervalo mínimo de 25 dias;
o Em caso de pacientes com síndromes genéticas e neuropatias, será analisado, pela equipetécnica do PLANSEV a possibilidade de autorização de mais sessões, após avaliação de relatório do profissional responsável e evolução do paciente.

o A consulta inicial deverá ser solicitada pelo médico pediatra, mediante envio de relatório padronizado pelo PLANSEV (Anexo I).

o Para autorização da continuidade do tratamento, necessário envio de relatório do psicólogo com evolução clínica, objetivos terapêuticos, diagnóstico e quantidade de sessões necessárias (Anexo V);

o Consulta com codificação específica – código: 81000094 (Atendimento Psicológico Infantil).

4.6 Atendimento com Nutricionista Infantil

o Atendimento individualizado em consultório com nutricionista qualificado em pediatria;
o Atendimento da criança na faixa etária de 0 a 14 anos;
o Atendimento a criança com patologias que necessitam de suporte nutricional: obesidade, dislipidemia, diabetes, doenças celíacas, fenilcetonúria, desnutrição, intolerância à lactose, alergia à proteína do leite (APLV), síndrome de má absorção e refluxo gastroesofágico.

o Atendimento a criança a partir de 03 anos de idade com diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) com Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE) ou seletividade alimentar.

o Para análise do Índice de Massa Corporal (IMC) infantil serão utilizadas como referência as curvas de IMC propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil, seguindo a classificação descrita abaixo:

- o Magreza Acentuada: Escore-z menor que -3
- o Magreza: Escore-z menor que -2
- o Eutrófia: Escore-z maior/igual a -2 e menor/igual a 02
- o Sobrepeso: Escore-z maior que 2 e menor/igual a 3
- o Obesidade: Escore-z maior que 3
- o Solicitação de autorização prévia técnica de 01 consulta para o período de 30 dias, podendo ser liberadas até 06 consultas por ano.
- o As solicitações de cada consulta deverão ter intervalo mínimo de 25 dias;
- o A consulta inicial deverá ser solicitada pelo médico pediatra, mediante envio de

relatório padronizado pelo PLANSESV contendo exames laboratoriais, peso, estatura e IMC da criança, justificando encaminhamento (Anexo I).

o Para consultas subsequentes o relatório deverá ser encaminhado pelo nutricionista com evolução clínica detalhada (Anexo VI).

o Consulta com codificação específica – código 81000095.

4.7 Atendimento em Terapia Ocupacional Pediátrica

o Atendimento individualizado em consultório com terapeuta ocupacional qualificado em pediatria;

o Atendimento da criança na faixa etária de 2 a 14 anos:

o Atendimento a crianças com Síndromes Genéticas;

o Atendimento a crianças com Paralisia Cerebral;

o Atendimento a crianças com deficiência visual.

o Atendimento a crianças em investigação para transtorno do espectro autista, mediante apresentação de relatório neurológico e/ou psiquiátrico justificando a necessidade clínica;

o Atendimento da criança na faixa etária de 3 a 14 anos:

o Atendimento a crianças com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH);

o Atendimento a crianças que estejam dentro do Espectro Autista, mediante diagnóstico neurológico.

o Atendimento da criança na faixa etária de 5 a 14 anos:

o Atendimento a crianças com Transtornos da Coordenação Motora e de Aprendizagem.

o Solicitação de autorização prévia técnica de no máximo 04 consulta/sessão por relatório para o período de 30 dias, podendo ser liberadas até 24 consultas/sessões por ano, de acordo com a patologia e plano terapêutico proposto em ficha de encaminhamento.

o As solicitações de pacote com 04 sessões deverão ter intervalo mínimo de 25 dias;

o Beneficiários a partir de 02 anos que estejam em investigação para transtorno do espectro autista, poderão ser acompanhados com a terapia ocupacional desde que tenha relatório do neurologista ou psiquiatra justificando a necessidade clínica;

o Em caso de pacientes com síndromes genéticas e neuropatias, será analisado, pela equipe técnica do PLANSESV a possibilidade de autorização de mais sessões, após avaliação de relatório do profissional responsável e evolução do paciente.

o A consulta inicial deverá ser solicitada pelo neurologista para pacientes que estejam dentro do espectro autista e pelo médico pediatra de referência para demais patologias contempladas neste protocolo (Anexo I), conforme disposto acima.

o Para autorização da continuidade do tratamento, necessário envio de relatório do Terapeuta Ocupacional com evolução clínica e objetivos terapêuticos (Anexo VII).

o Consulta com codificação específica – código: 81000085 (Atendimento em Terapia Ocupacional Pediátrica).

5. HABILITAÇÃO DO PRESTADOR

Cabe a 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 das exigências legais, condições de participação e objetos existentes nos Editais disponíveis no sítio eletrônico do PLANSESV, item Credenciamento de Prestadores.

6. HABILITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Para habilitação dos profissionais (Médico Pediatra; Cardiologista; Gastroenterologista; Neurologista; Alergologista; Pneumologista; Infectologista; Ortopedista; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Psicólogo; Nutricionista e Terapeuta Ocupacional) ao Programa de Atendimento Ambulatorial Pediátrico é necessário o encaminhamento de cópias dos seguintes documentos:

PROFISSIONAL	DOCUMENTOS
Médico Pediatra	<ul style="list-style-type: none"> o Certificado de conclusão de residência médica em Pediatria reconhecido pelo MEC ou registro da especialidade no Conselho Regional de Medicina ou título de especialista pela Associação Médica Brasileira (AMB); o Certidão de quitação anual e Certidão ética profissional; o Declaração de Vínculo emitida pelo prestador;
Médicos Especialistas (Cardiologista; Gastroenterologista; Neurologista; Alergologista; Pneumologista; Infectologista; Ortopedista;	<ul style="list-style-type: none"> o Certificado de conclusão de residência médica reconhecido pelo MEC ou registro da especialidade no Conselho Regional de Medicina ou título de especialista pela Associação Médica Brasileira (AMB); o Certidão de quitação anual e Certidão ética profissional; o Declaração de Vínculo emitida pelo prestador.

Psiquiatra)	
Fisioterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> oCertidão de quitação anual do Conselho de Classe oCertidão ético-profissional do Conselho de Classe; oo Declaração de Vínculo emitida pelo prestador. oDiploma frente e verso;
Fonoaudiólogo	<ul style="list-style-type: none"> oCertidão de quitação anual do Conselho de Classe oCertidão ético-profissional do Conselho de Classe; oo Declaração de Vínculo emitida pelo prestador. oDiploma frente e verso;
Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> oCertidão de quitação anual do Conselho de Classe oCertidão ético-profissional do Conselho de Classe; oo Declaração de Vínculo emitida pelo prestador. oDiploma frente e verso;
Nutricionista	<ul style="list-style-type: none"> oCertidão de quitação anual do Conselho de Classe oCertidão ético-profissional do Conselho de Classe; oo Declaração de Vínculo emitida pelo prestador. oDiploma frente e verso;
Terapeuta Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> oCertidão de quitação anual do Conselho de Classe oCertidão ético-profissional do Conselho de Classe; oo Declaração de Vínculo emitida pelo prestador. oDiploma frente e verso;

7. INSTRUÇÕES GERAIS

- o Solicitação de autorização prévia automática para as consultas com Pediatra;
- o Solicitação de autorização prévia técnica para as consultas com os médicos especialistas (Cardiologista; Gastroenterologista; Neurologista; Alergologista; Pneumologista; Infectologista; Ortopedista; psiquiatra);
- o A consulta com médico pediatra habilitado ao Programa Ambulatorial de Pediatria deve preceder aos atendimentos com as especialidades (fisioterapia; fonoaudiologia; psicologia; nutrição e terapeuta ocupacional).
- o Solicitação, pelo médico pediatra, de autorização prévia técnica para consulta/sessão com Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Nutricionista e Terapeuta Ocupacional.

o Para beneficiários com diagnóstico de Espectro Autista que forem ser acompanhados no serviço de Terapia Ocupacional, a autorização será mediante o encaminhamento de avaliação/diagnóstico do Neurologista e/ou Psiquiatra, através do envio de relatório justificando o acompanhamento.

o Por se tratar de um programa, os atendimentos com o médico pediatra e as especialidades (Fisioterapia; Fonoaudiologia; Psicologia e Nutrição) deverão ser realizadas no mesmo prestador;

o Para o serviço de Terapia Ocupacional (TO) será isento ao beneficiário o acompanhamento pediátrico no mesmo prestador que serão realizadas as sessões de TO. A solicitação poderá ser oriunda de pediatra de outro prestador desde que credenciado ao Programa Ambulatorial de Pediatra;

o A consulta com médico pediatra só poderá ser solicitada uma a cada 30 (trinta) dias por beneficiário;

o Após o fim do período de um ano, necessário encaminhamento de relatório do médico pediatra justificando a continuidade do beneficiário no Programa;

o Encaminhamento do plano terapêutico pelos profissionais de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição e Terapia Ocupacional para análise pela equipe técnica do PLANSERV;

o Considerando as premissas do Programa todo prestador credenciado deverá contemplar atendimento integral em todas as áreas citadas neste Protocolo (Pediatria, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição e Terapia Ocupacional).

o A metodologia de atendimento dos profissionais não médicos, fica a critério do terapeuta, conforme sua formação e as necessidades clínicas dos beneficiários assistidos por ele;

o Não há delimitação de tempo para a realização das sessões de terapia, sendo a critério de cada profissional, assegurado pelo código de ética, bem como necessidades clínicas dos beneficiários;

o Remuneração adequada do prestador do serviço, dentro de padrões previamente ajustados, com regras objetivas e transparentes.

8. TROCA DE PRESTADOR

Quando o beneficiário solicitar atendimento pelo Programa em outro prestador, deverá ser encaminhada uma solicitação ao PLANSERV em formulário padrão (Anexo VII), preenchida pelo responsável pelo segurado.

A troca de prestador/ profissional só poderá ser realizada mediante solicitação justificada.

É de responsabilidade de prestador fornecer toda a documentação necessária para que o beneficiário possa ser atendido em outro local, incluindo relatórios médicos e de especialidades não medicadas.

9. MONITORAMENTO DO PROGRAMA

O Programa será monitorado através de critérios específicos do PLANSESV, com possibilidade de visitas técnicas para supervisão e pesquisa de satisfação com o beneficiário.

10. ALTA DO PROGRAMA

A alta do Programa de Atendimento Ambulatorial Pediátrico se dará por meio administrativo ou clínico, através de relatório emitido pelo médico pediatra (Anexo VIII).

A alta administrativa abrange todos os beneficiários que por alguma razão deixaram de comparecer aos atendimentos do Programa, ou completaram 15 anos de idade. Quando necessário, o PLANSESV poderá solicitar ao prestador o encaminhamento do relatório de alta para aqueles que tenham 365 dias ou mais sem comparecer aos atendimentos destinados a eles.

A alta clínica será de acordo com avaliação do médico pediatra e especialistas que acompanham o beneficiário.

Em ambas as modalidades são necessárias o encaminhamento de relatório preenchido pelo médico pediatra, informando motivo da alta e quadro clínico atualizado.

11. ETAPAS DO PROGRAMA

Consultas com Pediatra: elegível para o Programa.

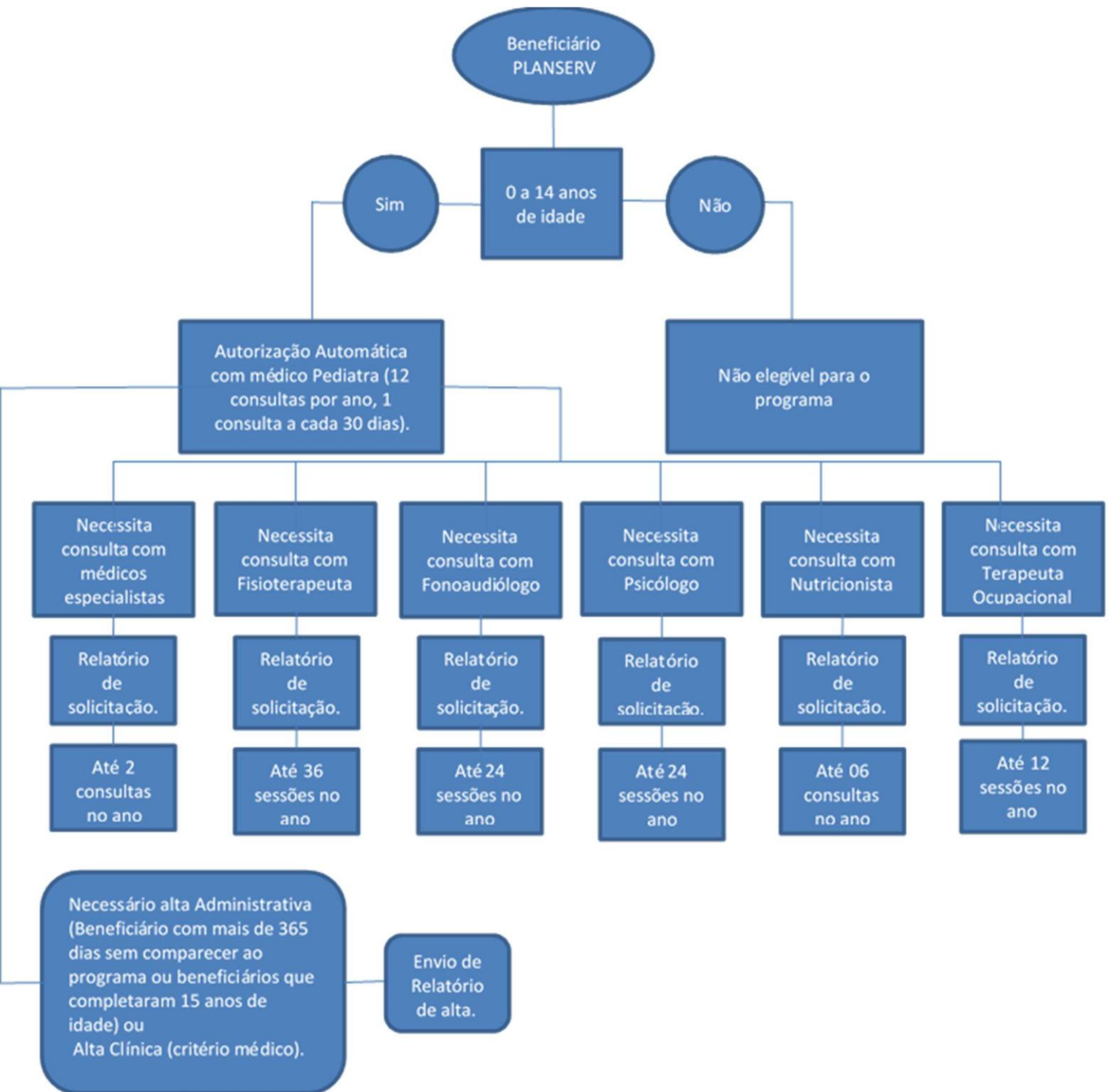
Consulta com Médicos Especialistas: quando necessário.

Consulta com Fisioterapia: quando necessário, seguindo os critérios. **Consulta com Fonoaudiologia:** quando necessário, seguindo os critérios. **Consulta com Psicólogo:** quando necessário, seguindo os critérios.

Consulta com Nutrição: quando necessário, seguindo os critérios.

Consulta com Terapia Ocupacional: quando necessário, seguindo os critérios

12. FLUXOGRAMA



13. DIAGRAMA

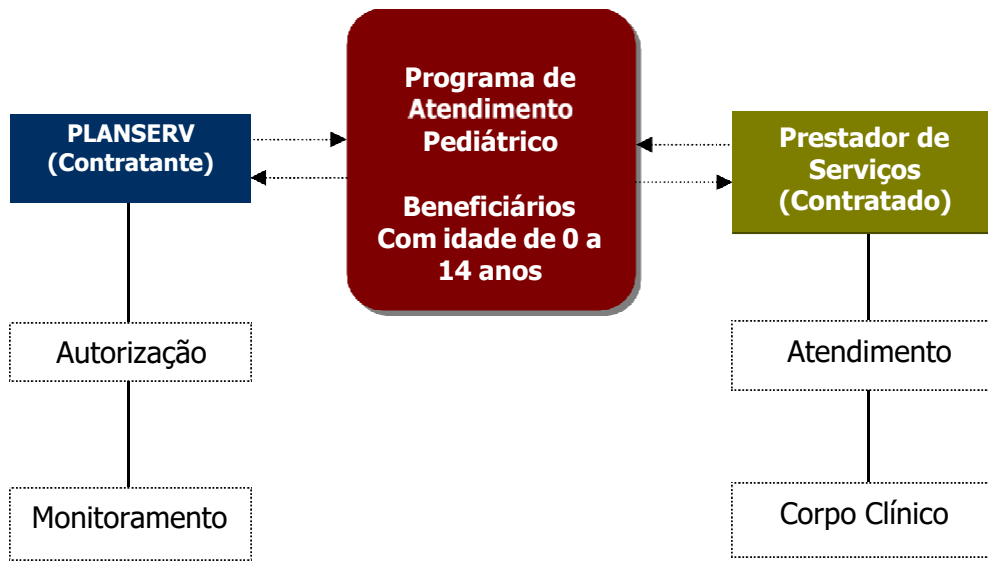


Figura 1 – Diagrama do contexto do Programa de Atendimento Pediátrico

14. COMPOSIÇÃO DE PREÇOS

Tabela 1 - Composição de Valor Referencial:

Procedimento	Código	Valor (R\$) ¹
Atendimento pediátrico – faixa etária a partir de 30 dias a 14 anos	8100009-9	R\$93,00
Atendimento pediátrico – Recém-Nascido (até 30 dias de vida)	8100009-3	R\$ 93,00
Atendimento com Especialista Habilitado em Cardiologia	8100009-6	R\$ 93,00
Atendimento com Especialista Habilitado em Gastroenterologia	8100009-7	R\$ 93,00
Atendimento com Especialista Habilitado em Neurologia	8100009-8	R\$ 93,00
Atendimento com Especialista Habilitado em Pneumologia	8100008-6	R\$ 93,00
Atendimento com Especialista Habilitado em Alergologia	8100008-7	R\$ 93,00
Atendimento com Especialista Habilitado em Infectologia	8100008-8	R\$ 93,00
Atendimento com Especialista Habilitado em Ortopedia	8100008-9	R\$ 93,00
Atendimento com Especialista Habilitado em Psiquiatria	8100009-0	R\$ 93,00
Atendimento em Fisioterapia Pediátrica	8100009-1	R\$ 55,00
Atendimento em Fonoaudiologia Pediátrica	8100009-2	R\$ 55,00
Atendimento Psicológico Infantil	8100009-4	R\$ 55,00
Atendimento Nutricionista Infantil	8100009-5	R\$ 55,00
Atendimento Terapeuta Ocupacional Infantil	8100008-5	R\$ 55,00

¹No mínimo, 70% (Setenta por cento) deverá ser convertido em HONORÁRIOS PROFISSIONAIS

ANEXO I

RELATÓRIO MÉDICO PEDIATRA – FICHA DE ENCAMINHAMENTO		
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR		
Prestador:		
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO		
Nome:		
Código de Identificação:		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data Nascimento: ____/____/____	Idade:
ENCAMINHAMENTO		
Encaminhado para: <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional	CID:	
JUSTIFICATIVA		
Justificativa para o encaminhamento:		
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL		
MÉDICO:	CREMEB:	
LOCAL E DATA:	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:	

ANEXO II

RELATÓRIO MÉDICO PEDIATRA – FICHA DE ENCAMINHAMENTO CONSULTA COM MÉDICO ESPECIALISTA		
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR		
Prestador:		
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO		
Nome:		
Código de Identificação:		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data Nascimento: ____/____/____	Idade:
ENCAMINHAMENTO		
Encaminhado para: <input type="checkbox"/> Gastroenterologista <input type="checkbox"/> Pneumologista <input type="checkbox"/> Cardiologista <input type="checkbox"/> Alergologista <input type="checkbox"/> Neurologista <input type="checkbox"/> Infectologista <input type="checkbox"/> Ortopedista <input type="checkbox"/> Psiquiatra	CID:	
JUSTIFICATIVA		
Justificativa para o encaminhamento:		
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL		
MÉDICO:	CREMEB:	
LOCAL E DATA:	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:	

ANEXO III

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO FISIOTERAPIA			
Período ____/____/____ à ____/____/____			
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR			
Prestador:			
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO			
Nome:		Código de Identificação:	
CID:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade:	Número de sessões:
AVALIAÇÃO/EVOLUÇÃO			
JUSTIFICATIVA			
Diagnóstico Fisioterapêutico:			
Objetivos Fisioterapêuticos:			
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
PROFISSIONAL:		CREFITO:	
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL:	

ANEXO IV

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO			
Período ___/___/___ à ___/___/___			
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR			
Prestador:			
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO			
Nome:		Código de Identificação:	
CID:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade:	Número de sessões:
JUSTIFICATIVA			
Evolução do Paciente/Diagnóstico de fonoaudiológico:			
Objetivos Terapêuticos:			
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
PROFISSIONAL:		CRFa:	
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL:	

ANEXO V

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO			
Período ____/____/____ à ____/____/____			
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR			
Prestador:			
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO			
Nome:		Código de Identificação:	
CID:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade:	Número de sessões:
PLANO TERAPÊUTICO			
Avaliação/ Evolução:			
Objetivos Terapêuticos:			
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
PROFISSIONAL:		CRP:	
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL:	

ANEXO VI

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL		
Período ___/___/___ à ___/___/___		
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR		
Prestador:		
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO		
Nome:		Código de Identificação:
CID:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade:
EXAME FÍSICO		
Peso: _____	Estatura: _____	IMC: _____ CID: _____
PLANO TERAPÊUTICO		
Avaliação/ Evolução:		
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL		
PROFISSIONAL:	CRN:	
LOCAL E DATA:	ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL:	

ANEXO VII

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO TERAPIA OCUPACIONAL			
Período ____/____/____ à ____/____/____			
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR			
Prestador:			
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO			
Nome:		Código de Identificação:	
CID:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade:	Número de sessões:
PLANO TERAPÊUTICO			
Avaliação/ Evolução:			
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
PROFISSIONAL :		CREFITO:	
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL:	

Anexo VIII

Eu, _____ responsável pelo
beneficiário _____ Cadastro no PLANSEV n°
_____, solicito a mudança de atendimento no Programa Saúde da Criança da
(o) Clínica/Hospital _____
em que fui atendido por equipe multidisciplinar, para a(o) Clínica/Hospital
_____.

Justificativa Para Troca de Prestador

(Expor razões que levou a mudança de prestador)

_____, de _____ de _____

Assinatura Do Responsável pelo Beneficiário

Telefones para contato:

1: (____) _____ 2: (____) _____

ANEXO IX

RELATÓRIO MÉDICO PEDIATRA – ALTA DO PROGRAMA DE PEDIATRIA		
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR		
Prestador:		
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO		
Nome:		
Código de Identificação:		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data Nascimento: ____ / ____ / ____	Idade:
Alta: <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Psicólogo	CID:	
JUSTIFICATIVA DA ALTA		
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL		
MÉDICO:	CREMEB:	
LOCAL E DATA:	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:	