



PERÍODO AUTORIZADO

PLANO DE TRATAMENTO

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE			PROFISSIONAL / CLÍNICA		
PACIENTE			SEXO		
<input type="checkbox"/> MAGISTRADO	<input type="checkbox"/> SERVIDOR	<input type="checkbox"/> DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> FEMININO	<input type="checkbox"/> MASCULINO	
BENEFICIÁRIO TITULAR				REGISTRO	

TRATAMENTO

TRATAMENTO SERIADO				DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO	TEMPO DE TRATAMENTO
<input type="checkbox"/> PSICOLOGIA	<input type="checkbox"/> TERAPIA OCUPACIONAL	<input type="checkbox"/> FONOAUDIOLOGIA	<input type="checkbox"/> PSIQUIATRIA		

PSICOLOGIA	N. DE SESSÕES POR MÊS											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Consulta inicial												
Orientação de pais ou familiares												
Sessão de psicomotricidade												
Sessão de psicopedagogia individual												
Sessão de psicopedagogia em grupo												
Atendimento a paciente domiciliar/hospitalar												
Sessão de avaliação												
Visita à escola ou à residência												
Sessão de psicoterapia de casal												
Sessão de psicoterapia individual												
Sessão de psicoterapia familiar												
Sessão de psicoterapia em grupo												
PSIQUIATRIA	N. DE SESSÕES POR MÊS											
Consulta psiquiátrica												
Psicoterapia individual												
Orientação de pais ou familiares												
Visita hospitalar a paciente internado												
FONOAUDIOLOGIA	N. DE SESSÕES POR MÊS											
Consulta inicial												
Sessão de fonoaudiologia												
Sessão de avaliação												
TERAPIA OCUPACIONAL	N. DE SESSÕES POR MÊS											
Consulta inicial												
Sessão de terapia ocupacional												
Sessão de avaliação												

AUTENTICAÇÃO

LOCAL E DATA	ASSINATURA/CARIMBO