

Superintendência de Atenção à Saúde
Coordenação da Assistência Farmacêutica
Núcleo de Governança Clínica

Tipo do documento	Protocolo Organizacional	PCMCCPD/SAS	Versão:01
		Pág.: 1/14	
Título do documento	PROTOCOLO DE CONCESSÃO DE MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA PARA CRIANÇAS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 1	Data de emissão: 24/10/2022	
		Revisão: 24/11/2022	

1. Introdução

A diabetes Mellitus (DM) é uma doença autoimune, poligênica, decorrente de destruição das células B pancreáticas que ocasiona deficiência da produção de insulina (SOCIEDADE BRALISEIRA DE DIABETES, 2020). De acordo com dados do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria, o diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é a segunda doença crônica mais comum na infância (BRASIL,2007).

A Sociedade Brasileira de Pediatra (SBP) orienta que o manejo de pacientes de pediátricos com DM 1, são apoiados em três linhas: medicamentos (insulinoterapia), monitorização e educação/atividade física e (SBP, 2015).

A monitorização de pacientes com DM 1, é essencial para controle metabólico, manutenção de metas glicêmicas, bem como a resposta do paciente ao tratamento, evitando assim que possíveis quadros agudos de hipoglicemia e hiperglicemia ocorram, e, conseqüentemente episódios de casos graves como cetoacidose diabética, complicações cardiovasculares que podem culminar em internações hospitalares.

Na rede de pública de saúde, para uso de automonitorização da glicose capilar (AMGC) em crianças e adultos cadastrados no programa de diabetes é padronizado aparelhos medidores (glicôsimetros), fitas biossensora, agulhas e lancetas para punção digital. Assim o monitoramento ainda é um processo doloroso, uma vez que para verificar

os níveis de glicose no sangue é necessária uma punção no dedo várias vezes ao dia o que pode acarretar comprometimento da adesão da terapêutica principalmente para crianças (MOURA,2016).

Atualmente, é disponível no mercado, uma tecnologia capaz de realizar a monitorização da glicose intersticial, ou seja, um sistema de monitorização contínua (MGC) sem uso de punção por agulha ou canetas. Essa tecnologia é indolor e fornece dados de variação de Glicose nas diversas variações do estilo de vida como; episódios de hipoglicemia, análise de picos glicêmicos quadros que necessitam de intervenção e que impactam na qualidade de vida do paciente.

Assim, visando melhorar a assistência terapêutica, bem como a qualidade de vida apoiado em bases científicas, a Secretaria Municipal de Saúde adotou a tecnologia de monitorização de glicose contínua em líquido intersticial para paciente de 4 a 14 anos. E, estabelece nesse protocolo os critérios de adesão para os pacientes residentes no Município de Aparecida de Goiânia.

2. OBJETIVO

Implementar programa de tecnologia de monitorização de glicose contínua, aumentado a adesão e satisfação do tratamento dos pacientes pediátricos de 4 a 14 anos para no ano de 2022.

3. METAS ESPECIFICAS

- a) Aumentar o controle glicêmico dos pacientes pediátricos com dados precisos de 03 para 05 diárias aferições, em 3 meses;
- b) Reduzir em 30% episódios de hipoglicemia graves noturnas despercebidas em 03 meses;
- c) Reduzir para <7,5% Hemoglobina Glicada em crianças e adolescentes em 12 meses;
- d) Reduzir a HbA1C em $\geq 0,5\%$ em 6 (seis) meses após o início do Programa e manter melhora progressiva dos níveis de HbA1C;

4. CRITÉRIO DE FORNECIMENTO DO SENSOR DE SISTEMA DE MONITORAMENTO CONTÍNUO

- a) Ser morador de Aparecida de Goiânia;
- b) Ter Diagnóstico de Diabetes TIPO 1;

- c) Ter Idade entre 4 a 14 anos 11 meses e 29 dias. Os estudos realizados para comprovação da eficácia de MCG, forma realizados a partir de 4 anos de idade, conforme demonstram EDGE, J. et al (2017), LANDAU, et al (2018), Boucher, et al (2019).
- d) Possuir relatório do médico endocrinologista;
- e) Estar disposto a participar de reuniões de educação em diabetes conforme anexo 02;
- f) Estar disposto a realizar a monitorização glicêmica mais efetiva;
- g) Possuir habilidade de manuseio e leitor do sensor;
- h) Aceitar as condições conforme termo de esclarecimento livre e esclarecido em anexo 02;
- i) Estar em acompanhamento do médico endocrinologista da rede de saúde do Município de Aparecida de Goiânia

5. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA SOLICITAÇÃO DA CONCESSÃO DO APARELHO DE MONITORAMENTO CONTÍNUO

- a) O paciente deverá apresentar relatório médico do endocrinologista preenchido, conforme modelo disponível em <http://saude.aparecida.go.gov.br/> na aba Farmácia de Alto Custo, anexo 01;
- b) Xerox de laudo de exames de monitoramento de diabetes dos últimos 90 dias (Hemoglobina Glicada HbA1C, Glicemia de Jejum e Pós-prandial);
- c) Apresentar xerox legível do RG (Registro Geral ou Certidão de Nascimento); CPF (Cadastro de Pessoa Física); e do Cartão SUS atualizado (possuir cadastro ativo no serviço);
- d) Comprovante de residência de Aparecida de Goiânia atualizado (quando o comprovante não for em nome do paciente/responsável apresentar declaração com firma reconhecida em cartório de contrato de aluguel);
- e) Preencher, assinar e entregar o formulário do paciente disponibilizado no site da Secretaria Municipal de Saúde na aba Farmácia de Alto Custo, conforme anexo I. No endereço Rua Manaus QD 12 Lt.07- Bairro Vera Cruz. Atendimento das 08 às 17 horas sem intervalo de almoço.

6. DISPENSAÇÃO DOS MONITORES E SENSORES

- a) O responsável deverá entregar os documentos na Farmácia de Alto Custo e aguardar o

prazo de 15 dias úteis para auditoria médica que avaliará conformidades do processos e visita domiciliar do assistente social para comprovação de endereço. E subsequente autorização para retirá-lo;

- b) Os monitores e sensores serão disponibilizados aos pacientes por meio Farmácia de Alto Custo no endereço: Rua Manaus QD 12 Lt.07- Bairro Vera Cruz. Atendimento das 08 às 17 horas sem intervalo de almoço;
- c) A entrega será realizada mediante chamada do paciente no dia e horário agendado pela farmácia de Alto Custo. E no dia será realizado as orientações por um profissional capacitado;
- d) No dia da dispensação e/ou retirada dos sensores o responsável deverá apresentar documento do paciente e o protocolo do cadastro;
- e) Será dispensado: 01 leitor de sistema Flash sem fio, uma única vez e; e 02 sensores de glicose de sistema flash com inserção subcutânea que será retirado entre 26 e 28 dias conforme agendamento do sistema.

7. RESERVA TÉCNICA DOS SENSORES

- a) Não será fornecido Sensores de Sistema Flash de monitoramento de Glicose para reserva técnica;
- b) Será fornecido um aparelho glicômetros, 50 fitas biossensora e 100 agulhas/lancetas para possíveis intercorrências, e o uso do mesmo, bem como a reposição dos insumos, deverá ser condicionado a falha do leitor conforme relatório;

8. RESPONSABILIDADE DO PACIENTE/ RESPONSÁVEL

- a) Manter acompanhamento periódico rigoroso a cada 90 dias por médico endocrinologista;
- b) Os pacientes deverão comparecer as unidades indicadas, para retirada/ descarregamento dos dados do aparelho ente 26 e 28 dias, em datas pré-definidas pela Farmácia de alto custo. Que estarão disponíveis no site da Secretaria Municipal de Saúde por letra e data;
- c) Realizar leitura diária de mínimo 05 leituras glicêmicas com intervalos máximos de 08 horas;
- d) Fazer o uso correto do equipamento conforme orientações fornecidas;
- e) Conservar e manter o sensor em perfeita condição de uso, livre de sujidade;

- f) Manter contato telefônico atualizado;
- g) Entregar relatório de leitura para especialista nas consultas trimestrais, quando o paciente não for assistido no Município de Aparecida de Goiânia;
- h) Comparecer as reuniões de educação em saúde individual e em grupo quando solicitado;
- i) Armazenar embalagem com código do sensor em uso, por pelo menos 15 dias;
- j) Devolver o leitor quando não estiver fazendo parte do Programa Viver mais Feliz;
- k) Se atentar sobre funcionamento do leitor e sensor e solicitar manutenção quando necessário conforme item 13, fornecendo código impresso na caixa.
- l) Devolver fitas e lancetas de reserva técnica quando não utilizadas no prazo máximo de 60 dias que antecedem o vencimento.

9. METAS GLICÊMICAS A SER ALCANÇADAS PELO PACIENTE COM O ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA

O paciente/ família deverá estar engajada em melhorar a qualidade de vida e seguir orientações de metas glicêmicas conforme orientações da SBD, 2021.

- a) Reduzir a HbA1C em $\geq 0,5\%$ em 6 (seis) meses após o início do Programa e manter melhora progressiva dos níveis de HbA1C;
- b) Reduzir para $<7,5\%$ Hemoglobina Glicada em crianças e adolescentes em 12 meses.
- c) Glicemia de Jejum e Pré Prandial, conforme meta especificada pelo especialista;
- d) Glicemia 2 h Pós-Prandial, conforme meta especificada pelo especialista
- e) Glicemia ao deitar, conforme meta especificada pelo especialista;

10. DA SUSPENSÃO DA CONCESSÃO DO SENSOR DE SISTEMA FLASH DE MONITORAMENTO

- a) Mudança de município;
- b) Não ter assiduidade na retirada dos sensores, por mais de duas vezes (dois meses) consecutivos sem comunicação prévia ou justificativa médica plausível;
- c) Tentar comercializar o leitor ou sensor (sujeito a penalidade nos formatos da lei);
- d) Não realizar a leitura glicêmica mínima 5/dia, por 10 dias consecutivos, conforme item 8.c e/ou falhas de aferições alternadas, que comprometam o tratamento entre 26 e 28 dias conforme relatório;
- e) Não realizar acompanhamento no ambulatório (faltas retornos agendados por 2 vezes consecutivas) sem justificativa;

f) Ausência de cuidado e manuseio inadequado do sensor, observado pelos profissionais da Farmácia de Alto Custo;

g) Não cumprimento das metas meta glicêmicas especificada no item 9.

11. RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE FARMÁCIA ALTO CUSTO

a) Abrir processo no sistema Pró-data e fornecer nº ao paciente do processo;

b) Informar ao paciente deferimento ou indeferimento do processo, via telefone e anotar dia e horário da comunicação;

c) Elaborar cronograma de leitura mensal do sensor dos pacientes e disponibilizar no site da Secretaria Municipal de Saúde;

d) Realizar leitura do sensor mensalmente de todos os pacientes conforme cronograma;

e) Preencher e assinar o cartão do Programa Viver+ Feliz em anexo 05.

12. RESPONSABILIDADE DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO CENTRO DE ESPECIALIDADE

a) Registrar em prontuário individual, na consulta com equipe multidisciplinar: Todas as informações de atendimento ao usuário; Informações dos sensores – breve análise dos gráficos; aspectos técnicos (quanto ao uso do equipamento/ automonitorização/ insulina basal/ Insulina bolus/ Rodízio de locais de colocação do sensor/ Contagem de Carboidratos/Contagem de Proteínas e Gordura/ Cálculo reação insulina/carboidrato/ Calcula dose os bolus de correção);

b) Registrar Orientações e condutas;

c) Intercorrências, encaminhamentos e intervenções realizadas pela Equipe Multiprofissional;

d) Solicitar Hemoglobina Glicada a cada 90 dias. E após 1 ano de acompanhamento a cada 6 meses e/ou a critério de conduta médica.

13. MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

a) A assistência técnica ficará a cargo do laboratório que fornece os sensores. Contudo o responsável deverá ligar para 0800 703 0128 para solicitar a manutenção e deverá fornecer código impresso na caixa.

b) Para dúvida e solicitar sobre o manuseio do sensor o paciente poderá ligar para 08001090128 de segunda à sexta das 08:00 às 18:00.

c) Ausência de cuidados adequado pela família e paciente poderá acarretar na suspensão do aparelho conforme item 10 letras f.



- d) Não será realizado troca do leitor e sensor por mal-uso pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo laboratório conforme clausula contratual.

	NOME	CARGO	ÁREA DE ATUAÇÃO
Elaboração	Michelle Cardoso Marcelino	Médica Endocrinologista	Centro de Especialidade
Revisão	Hérica Souza Leguizamon	Coordenadora	Núcleo de Governança Clinica
Aprovação	Carlos Itacaramby		
	Fabricio A. C Moraes	Diretor	Farmácia Alto Custo
	Cristiane Fausta Cunha	Coordenadora	Assistência farmacêutica
	Colaboradores		
Nome	Fabricio Dornelles	Diretor	Farmácia Alto Custo

REFERÊNCIAS

- BIDONDE, J. et al. **FreeStyle Libre flash Glucose self-Monitoring system: a single technology assessment** Norwegian Institute of Public Health (Folkehelseintittet). Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2017.
- BOUCHER, S.E. et al. **Effect of 06 monthhs flash glucose monitoring in adolescentes and Young adults with type 1 diabetes and supoptimal glycaemic control; maging diabetes in a flash randomised controlled trial protocol.** New Zealand. BMC Endocrine Disord, 2019.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº2583 de 10 de outubro de 2007.** Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde nos termos da Lei nº11.347 de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Brasília, 2007.
- CALABRIA, A. **Diabetes Mellitus em crianças e adolescentes.** Manual MSD.Philadéfa, 2022.Disponível em: <https://www.msmanuals.com>
- CARDOSO, H. et al. **National Consensus on the Use Of Glucose Flash Monitoring System.** Revista Portuguesa de Diabetes. Porto Portugal. 2018; 13(4):143-153.
- COSTA, R. et al. **Uso da Hemoglobina Glicada no Diagnóstico de diabetes Mellitus-Revisão de Literatura.** Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia 2020;50(1): 1-8.
- EDGE, J. et al. **An alternative sensor-based method for glucose monitoring in children and young people with diabetes.** Arch Dis Child. 2017;102(6):543-549. doi: 10.1136/archdischild-2016-311530.
- ESCH, S.; CORDEIRO, L. A. **Diabetes mellitus tipo 1 e 2 - diagnóstico e manejo.** Resid Pediatr. 2015;5(3):150-151.
- GOLBERT, A. et al. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.** Sociedade Brasileira de Diabetes. Clannad, Brasil, 2019.
- KRAKAUER, M. et al. **A Review of flash glucose monitoring in type 2 diabetes.**Diabetoly&Metabolic Syndrome. São Paulo.2021
- LANDAU, Z. et al. **Use of flash glucose-sensing tecnologia (FreeStyle Libre) in youth type 1 diabetes: Awesome study group real-life observational experience.** Acta Diabetol. 2018;55:1303-1310.
- PITITTO, B.M. et al. **Metas no tratamento do diabetes.** Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022).



ANEXO 01
REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA DE GLICOSE
INTERTICIAL (SISTEMA FLASH)

1 – IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

Nome _____

Nome da mãe: _____

Raça: _____ RG: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____ Telefone: _____

Endereço _____

DIAGNÓSTICO (de acordo com o CID-10): _____

2 – IDENTIFICAÇÃO DO PROFISISONAL

Nome completo do profissional médico e CRM: _____

Local e data da avaliação: _____ / _____ / _____

3 – ASSINALAR QUEM PRESTOU AS INFORMAÇÕES:

O próprio paciente: quando é o próprio indivíduo que fornece as informações.

Pessoa de convívio próximo: é alguém que de alguma forma convive e participa da vida desse indivíduo. Quem: _____

Outro Descreva: _____

Critérios diagnósticos recomendados pela Sociedade Brasileira de Diabetes para Hemoglobina glicada e Glicemias de jejum

Exame	Normal	Pré-diabetes	Diabetes	Valores atuais dos exames do paciente
Glicemia de jejum (mg/Dl)	< 100	100 a 125	≥ 126	
Hemoglobina glicada (%)	< 5,7	5,7 a 6,4	≥ 6,5	

Fonte: Tabela adaptada da Sociedade Brasileira de Diabetes 2021

4 – HISTÓRICO DE DIABETES:

História de hipoglicemia? Sim Não

Familiares com diabetes: Sim Não

5 – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO PACIENTE:

Tabagismo: Sim Não Não se aplica

Sedentarismo: Sim Não

Sobrepeso/ Obesidade: Sim Não IMC _____

Atividade física regular: Sim Não _____

6- USO DE MEDICAÇÕES

Hipoglicemiante oral: Sim Não Qual: _____

Dosagem: _____ Frequência: _____

Insulina: Sim Não Qual: _____

Dosagem: _____ Frequência: _____

Evolução médica descrevendo o quadro e o uso de medicamento:

ANEXO 02

**TERMO DE COMPROMETIMENTO PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA DE MONITORAMENTO
CONTÍNUO COM SENSORES DE SISTEMA FLASH VIVER + FELIZ**

TERMO DE COMPROMETIMENTO E LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÃO

Eu _____, autorizo a equipe Multidisciplinar da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia a utilizar meus dados clínicos, conforme a lei, as condutas e ética vigentes, durante o período que eu estiver vinculado ao processo administrativo para dispensação de FS Libre na Secretaria de Saúde projeto _____ com exclusiva finalidade de acompanhamento multidisciplinar e análise da eficácia da tecnologia em meu tratamento.

Estou ciente que no tempo em que utilizarei sensores Freestyle Libre, serei monitorado pela equipe de saúde da SMS e seguirei as recomendações recebidas.

Assumo em devolver o aparelho FSL e sensores por ora não utilizados, caso não venha mais preencher os critérios de inclusão para a continuidade do monitoramento contínuo com FS Libre.

Confirmando que observarei as seguintes posições de habilidades quanto à:

1- Aprender a operar adequadamente todo o sistema FreeStyle Libre.
2- Considerando que a educação e informação fazem parte do controle adequado do diabetes, me comprometo a participar de grupos educativos, roda de conversas e palestras oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia, monitoramento glicêmico, insulinização, alimentação e outros assuntos pertinentes, quando convidado por esta secretaria, sendo que a não participação destes, poderá demonstrar desinteresse e minha possível exclusão do programa.

3- Me comprometo a escanear minha glicose através do aparelho FS Libre e ou aplicativo Libre Link, no mínimo 5 vezes em intervalos de 08 horas, para que o aparelho possa captar os dados da glicose intersticial de forma adequada.

4- Me comprometo a cada retirada de novo sensor, caso eu não tenha o aplicativo Libre Link, em local designado trazer comigo o FS Libre para descarregamento dos dados no software

Libre View, para que a equipe multidisciplinar do município possa analisar meus dados e me ajudar com o melhor manejo da glicose e possíveis ajustes conforme metas glicêmicas descritas no protocolo no item 10.

5- Me comprometo comparecer a consultas médicas, enfermagem, nutrição farmacêutica, odontológica e se necessária fisioterapia e realizar exames complementares, se solicitados pela equipe responsável, conforme cronograma de tratamento e monitoramento da diabetes a cada 3 meses e/ou conforme orientação médica e/ou equipe multidisciplinar

6- Estou retirando e estará sob meus cuidados os seguintes Kit: Será dispensado: 01 leitor de sistema Flash sem fio (dispensação única); e 02 sensores de glicose de sistema flash com inserção subcutânea que será retirado entre 26 e 28 dias

7-Tenho acima de 18 anos e o extravio, venda poderá ser enquadrado nos formatos da lei podendo sofrer sanções civil e penal.

8- Sou responsável pelo paciente _____ CPF: _____

Assinatura: _____ Data ____/____/____
10



Anexo 04 (Ficha de avaliação social)



FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIAL

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE:

Nome _____

Nome da mãe: _____

Raça: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Telefone: _____

Endereço _____

Possui acompanhante/cuidador? SIM NÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Nome completo do profissional: _____

Data da avaliação: ____/____/____

Local da avaliação: residência posto de saúde hospital escola outro: _____

Assinalar quem prestou as informações: A própria pessoa Pessoa de convívio próximo. Quem: _____

Outro: Descreva: _____

INSTRUMENTAL DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA – 2010*

Situação Econômica da Família

Quadro 1- Situação Econômica da Família		Pontos
Renda Bruta		
+DE 100SM		21
+ DE 60 A 100 SM 18 + DE 30 A 60 SM		18
+ DE 30 A 60 SM		14
+ DE 15 A 30 SM		12
+ DE 9 A 15 SM 09 + DE 4 A 9 SM		09
09 + DE 4 A 9 SM		05
+ DE 2 A 4 SM		03
+ DE ½ A 2 SM		02
ATÉ ½ SM		01
TIPO DE RENDIMENTO: <input type="checkbox"/> salário <input type="checkbox"/> retirada pró-labore <input type="checkbox"/> rendimento financeiro <input type="checkbox"/> aluguéis <input type="checkbox"/> benefícios do governo <input type="checkbox"/> honorários <input type="checkbox"/> aposentadoria <input type="checkbox"/> pensionista <input type="checkbox"/> seguro desemprego <input type="checkbox"/> outros Especificar: _____		

Quadro 2 – Número de membros residentes da família		Pontos
1 a 2		06
3 a 4		04
5 a 6		03
7 a 8		02
Acima de 8		01

Quadro 3 – Escolaridade dos membros da família		Pontos
Superior		07
Superior incompleto ou Médio completo		05
05 Médio incompleto ou Fundamental – Ciclo II completo (até o 9º ano)		04
Fundamental – Ciclo II incompleto (do 6º ao 8º ano) ou Fundamental – Ciclo I completo (até o 5º ano)		03
Fundamental – Ciclo I incompleto (até o 4º ano)		02
Alfabetizado		01
Analfabeto		00
Obs.: Especificar o nível educacional dos membros da família. Pontuar somente o maior nível educacional dentre os "responsáveis" (com rendimentos).		

Quadro 4 – Habitação				
Condição / situação	Pontos			
	Insatisfatória	Regular	Boa	Ótima
Própria	7	8	9	10
Financiada	6	7	8	9
Alugada	5	6	7	8
Cedida	3	4	5	6
Outras	0	0	1	2
Obs.: Para pontuar condição / situação habitacional: considerar: tipo, modalidade, acomodações, zona e infraestrutura (água, luz, esgoto e coleta de lixo, telefonia).				



Anexo 05 (Cartão de Acompanhamento)



Nome do Paciente: _____
 Data de nasc: _____
 Nº Cartão SUS: _____
 Nº Protocolo: _____

Retirado em:

01 JANEIRO	02 FEVEREIRO	03 MARÇO
Lote: _____ Ass. prof. saúde: _____ Ass. paciente: _____ Data retorno: _____	Lote: _____ Ass. prof. saúde: _____ Ass. paciente: _____ Data retorno: _____	Lote: _____ Ass. prof. saúde: _____ Ass. paciente: _____ Data retorno: _____
04 ABRIL	05 MAIO	06 JUNHO
Lote: _____ Ass. prof. saúde: _____ Ass. paciente: _____ Data retorno: _____	Lote: _____ Ass. prof. saúde: _____ Ass. paciente: _____ Data retorno: _____	Lote: _____ Ass. prof. saúde: _____ Ass. paciente: _____ Data retorno: _____

Correções _____

Correções _____

07 JULHO	08 AGOSTO	09 SETEMBRO
Lote: _____ Ass. prof. saúde: _____ Ass. paciente: _____ Data retorno: _____	Lote: _____ Ass. prof. saúde: _____ Ass. paciente: _____ Data retorno: _____	Lote: _____ Ass. prof. saúde: _____ Ass. paciente: _____ Data retorno: _____
10 OUTUBRO	11 NOVEMBRO	12 DEZEMBRO
Lote: _____ Ass. prof. saúde: _____ Ass. paciente: _____ Data retorno: _____	Lote: _____ Ass. prof. saúde: _____ Ass. paciente: _____ Data retorno: _____	Lote: _____ Ass. prof. saúde: _____ Ass. paciente: _____ Data retorno: _____

Correções _____

Correções _____

Correções _____

Correções _____
