

## FORMULÁRIO PARA REEMBOLSO TIRAS REAGENTES PARA MEDIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR

Prezado Dr(a),  
Solicitamos a gentileza de V.S.a para o preenchimento deste formulário para solicitação de reembolso de tiras reagentes para medição de glicemia capilar. Para tanto, pedimos o favor do envio das seguintes informações:

Nome do Beneficiário: \_\_\_\_\_

Matrícula Saúde Petrobras: \_\_\_\_\_ Idade (anos): \_\_\_\_\_

Tipo de Diabetes apresentado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Quadro clínico atual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo(s) de insulina(s) utilizada(s):

NPH Glargina Detemir Regular Lispro Aspart Glulisina

Dose de insulina atual: \_\_\_\_\_ **UI/ Kg**

Frequência de monitorização de glicemia capilar:

1x ao dia 2x ao dia 3x ao dia 4x ao dia 5x ou mais ao dia

Local: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura / Carimbo do Médico Assistente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário

Nome do médico assistente: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Telefones de contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ou (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_