

FORMULÁRIO PARA REEMBOLSO TIRAS REAGENTES (GLICOFITAS) OU SENSOR LIBRE

Caro Dr(a),

Solicitamos, por gentileza, o preenchimento deste formulário para solicitação de reembolso de tiras reagentes (glicofitas) ou sensor Libre para medição de glicemia.

Nome do beneficiário: _____

Matrícula Saúde Petrobras: _____ Idade: _____

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 (____) _____