

Formulário de Solicitação de Reembolso de 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 AMS:

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 () _____