



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
RTD ENDOCRINOLOGIA E ÁREAS PROGRAMÁTICAS DIABETES

REQUERIMENTO PARA SISTEMA DE INFUSÃO CONTÍNUA DE INSULINA NA SES/DF

NOME DO PACIENTE: _____		
NOME DO RESPONSÁVEL: _____		
ENDEREÇO COMPLETO: _____ _____ _____		
DATA DE NASCIMENTO __/__/__	Nº DO CARTÃO SES: _____	Nº DO CARTÃO SUS: _____
TELEFONE FIXO: _____	CELULAR: _____	
REGIÃO DE SAÚDE: _____	UNIDADE DE SAÚDE: _____	SETOR PRIVADO: _____

ASSINATURA

BRASÍLIA, ____/____/____

ANEXAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

- 1) CARTÃO SUS E NÚMERO DO CARTÃO SES;
- 2) DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE;
- 3) RECEITA MÉDICA DE ANÁLOGO DE INSULINA
- 4) MAPAS DE PERFIL GLICÊMICO OU GRÁFICOS DE VARIABILIDADE GLICÊMICA;
- 5) RELATÓRIO MÉDICO DETALHADO (CONSTANDO NOME, ASSINATURA E CARIMBO LEGÍVEIS DO MÉDICO RESPONSÁVEL);
- 6) REQUERIMENTO PARA SICI – PREENCHIDO E ASSINADO PELO INTERESSADO
- 7) RESULTADOS DE HEMOGLOBINA GLICADA (03 EXAMES NO MÍNIMO).