RIO GRANDE DA SERRA

riograndedaserra.sp.gov.br

DIÁRIO OFICIAL
DO MUNICÍPIO

Segunda-feira, 09 de fevereiro de 2026 | Ano V | Edição nº 799A
Publicação Oficial do Município de Rio Grande da Serra, conforme Lei Municipal 2.803, de 10 de novembro de 2022



RIO GRANDE DA SERRA

Poder Executivo 3
Comunicados 3

Diário Oficial assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2, de 2001, garantindo autenticidade, validade jurídica e integridade.
Publicação Oficial do Município de Rio Grande da Serra, conforme Lei Municipal 2.803, de 10 de novembro de 2022

PODER EXECUTIVO

Comunicados

EDITAL SSUTDC Nº 11.02.2026, DE 09 DE FEVEREIRO DE 2026

Assunto: VEÍCULOS EM ESTADO DE ABANDONO EM VIA PÚBLICA.

REMOÇÃO DE VEÍCULO

Em cumprimento à legislação municipal vigente, fica(m) o(s) veículo(s) abaixo relacionado(s) NOTIFICADO(S), por infringência às posturas municipais, nos termos da Lei Municipal nº 2.656, de 22 de agosto de 2025, para que seja promovida a imediata remoção do(s) veículo(s) que se encontra(m) em visível estado de abandono em via pública.

Nos termos do art. 8º da referida Lei, o(s) proprietário(s) terá(ão) o prazo de 10 (dez) dias, contados a partir da data da publicação deste edital, para proceder à retirada do(s) veículo(s), sob pena de aplicação das sanções legais cabíveis.

PLACA	VEICULO	NOTIFICAÇÃO
DYA-7534	CITROEN/C3 GLX 14 FLEX	032/26
DXC1G56	GM/CORSA HATCH JOY	033/26
N/A	VW/CONSTELATION	034/26
QUI-5311	FIAT/MOBI LIKE	035/26
EUX0J73	CHEVROLET/CELTA 1.0L LS	036/26
KFU-5735	VW/KOMBI FURGAO	037/26
EEM-9718	FIAT/IDEA ELX FLEX	038/26
GQD-6897	FORD/F350	039/26
BUK-3281	VW/SANTANA CL 1800 I	040/26
DCP-1A13	FIAT/DUCATO NIKS MULT 16	041/26
BTD-3620	VW/GOL LS	042/26
AMD-0902	IMP/GM ASTRA GLS	043/26

JOSE LUÍS MARTINS NAVARRO

Secretário de Segurança Urbana, Trânsito e Defesa Civil

.....

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

PROTOCOLO DE MONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

Este Protocolo dispõe sobre a dispensação gratuita de insumos necessários ao monitoramento da glicemia capilar aos portadores de Diabetes em Insulinoterapia.

CONCEITOS

O **Diabetes mellitus** é uma doença crônica, caracterizada pelo comprometimento do metabolismo da glicose, cujo controle glicêmico inadequado resulta no aparecimento das graves complicações que reduzem a expectativa e comprometem a qualidade de vida do portador desta doença.

As intervenções terapêuticas no diabetes visam ao rigoroso controle da glicemia e de outras condições clínicas para prevenir ou retardar a progressão da doença, especialmente as complicações micro e macrovasculares, assim como evitar agudizações, em especial a cetoacidose e o estado hiperglicêmico hiperosmolar. Essas intervenções objetivam minimizar os efeitos adversos do tratamento, garantir adesão do paciente às medidas terapêuticas e garantir o bem estar do paciente e de sua família.

Um programa de cuidado integral ao diabetes mellitus deve ter como prioridades estratégicas: a prevenção primária da doença com ações sobre os fatores de risco, a detecção precoce e o tratamento adequado que permita modificar a evolução da doença e prevenir as complicações com melhora da qualidade de vida dos diabéticos.

A abordagem terapêutica deve ser multiprofissional, incluindo a Assistência Farmacêutica, o Monitoramento da Glicemia e outros parâmetros clínicos, planejamento da atividade física e orientação dietética. A participação do paciente e seu envolvimento constante e harmonioso com a equipe de saúde são fundamentais para que as recomendações sejam seguidas e o tratamento efetivo.

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

DIABETES MELLITUS TIPO I (DM I)

O termo "tipo I" indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. A destruição das células beta é geralmente causada por processo auto-imune, que pode se detectado por auto-anticorpos circulantes como anti-descarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina, e, algumas vezes, está associado a outras doenças auto-imunes como a tireoidite de Hashimoto, a doença de Addison e a Miastenia gravis. Em menor proporção, a causa da destruição das células beta é desconhecida (tipo 1 idiopático).

O desenvolvimento do diabetes "tipo I" pode ocorrer de forma rapidamente progressiva, principalmente em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), ou de forma lentamente progressiva, geralmente em adultos, (LADA, *latent autoimmune diabetes in adults*; doença autoimune latente em adultos). Esse último tipo de diabetes, embora se assemelhando clinicamente ao diabetes tipo 1 auto-imune, muitas vezes é erroneamente classificado como tipo 2 pelo seu aparecimento tardio. Estima-se que 5-10% dos pacientes inicialmente considerados como tendo diabetes tipo 2 podem, de fato, ter LADA.

DIABETES MELLITUS TIPO II (DM II)

O termo "tipo II" é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave. A maioria dos portadores apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso.

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL (DMG)

É a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, geralmente

autolimitada, com resolução no período pós-parto. O diabetes é uma das doenças mais encontradas em gestantes. É diagnosticado em 1 a 14% das grávidas e varia com a etnia e o método de diagnóstico utilizado. No Brasil, os levantamentos apontam para uma frequência de aproximadamente 7,6%.

Sua ocorrência indica risco sete vezes maior de desenvolvimento de Diabete tipo II no futuro. O diabetes gestacional está associado ao risco de resultados perinatais adversos. Entretanto, o conceito atual é de que não apenas o DMG, mas também graus mais leves de intolerância à glicose devam ser detectados e tratados, para melhorar esses resultados.

O diagnóstico é realizado mediante teste de tolerância oral à glicose (TOTG 75g). É importante que o TOTG seja realizado após 3 dias de dieta com 250 a 300 g de carboidratos ao dia, que a gestante cumpra 8 a 12 horas de jejum e, durante a realização do exame, permaneça em repouso e não fume.

Cerca de 80% dos casos de diabetes tipo 2 podem ser atendidos predominantemente na atenção básica com adequações nos hábitos de vida, orientações dietéticas e atividade física.

INSUMOS

a) Tiras reagentes de medida de glicemia capilar;

b) Lancetas para punção digital;

c) Glicosímetros

As tiras reagentes de medida de glicemia capilar serão fornecidas mediante a disponibilidade de aparelhos medidores (glicosímetros).

AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

O automonitoramento do nível de glicose do sangue por intermédio da medida da glicemia capilar é considerado uma ferramenta importante para seu controle, sendo parte integrante do autocuidado das pessoas com diabetes mellitus insulino-dependentes.

Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1 (DM1),

anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2 (DM2), anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. Outro tipo de diabetes encontrado com maior frequência é o diabetes gestacional (DG), detectado no rastreamento pré-natal.

O paciente deve fazer o registro dos resultados das glicemias capilares na frequência estabelecida pela equipe e este deve ser apresentado nos retornos à Unidade.

A amostra do sangue deve ser colhida na ponta dos dedos da mão, acessado com picada de lanceta, daí ser também chamada de glicemia em “ponta do dedo”.

A frequência do automonitoramento deve ser determinada individualmente, dependente da situação clínica, do plano terapêutico, do esquema de utilização da insulina, do grau de informação e compromisso do paciente para o autocuidado e da sua capacidade de modificar sua medicação a partir das informações obtidas.

Os melhores horários para realização dos testes são os horários de maiores descontrole glicêmico:

a) Testes pré-prandiais: antes do café da manhã, do almoço e do jantar;

b) Testes pós-prandiais: duas horas após o café da manhã, o almoço e o jantar;

c) Hora de dormir;

d) Madrugada (2-3 horas da manhã).

Perante recomendações do Ministério da Saúde, o grupo de trabalho da Secretaria Municipal de Rio Grande da Serra, propõe a distribuição de tiras conforme a Tabela .

Tabela 1: Proposta de Frequência de Automonitorização da Glicemia Capilar

TIPO DE DIABETES + TERAPIA	FREQUÊNCIA	QUANTIDADE DE CAIXAS (TIRAS) / MÊS
Tipo 1 ou tipo 2 com insulina basal NPH + dose fixa de insulina Regular	2 - 3x/dia (jejum ou pós prandial ou ao deitar)	2 caixas = 100 tiras
Diabetes gestacional em insulinoterapia	3 - 3x/dia	2 caixas = 100 tiras

Diabetes gestacional sem insulinoterapia	1x/dia com alternância dos horários do perfil glicêmico	1 caixa =50 tiras

Portaria 2.583, 10/10/2007

Não existem evidências científicas suficientes que o automonitoramento diário da glicemia capilar nos pacientes diabéticos tipo 2 em uso de hipoglicemiantes orais seja efetivo para o melhor controle da glicemia. Quando houver esses casos, o monitoramento da glicemia capilar poderá ser realizado na própria unidade de saúde conforme solicitação médica.

LEGISLAÇÃO

LEI Nº 11.347 DE 27 DE SETEMBRO DE 2006, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. (em anexo)

PORTARIA Nº 2.583 DE 10 DE OUTUBRO DE 2007, do Ministério da Saúde que define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de Diabete mellitus.

CLASSIFICAÇÃO CID-10

E10 Diabetes mellitus insulino-dependente

O24.0 Diabetes mellitus preexistente, insulino-dependente

O24.4 Diabetes mellitus que surge durante a gravidez

O24.9 Diabetes mellitus na gravidez, não especificado

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

1. Os insumos serão disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de diabetes mellitus em tratamento com insulina;

2. Os usuários deverão ser moradores de Rio Grande da Serra, cadastrados no Sistema Cartão Nacional de Saúde e no Programa de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde – Hiperdia;

3. A prescrição para o automonitoramento será feita pelos médicos da Atenção Básica ou Endocrinologistas do SUS. Poderá ser feita pelos médicos da rede privada e/ou conveniada, porém a dispensação será vinculada ao cadastro citado no ítem 2.

4. A participação nos Programas de Educação em Saúde da ESF (Estratégia Saúde da Família) também será solicitada aos usuários atendidos por este Programa.

5. Caso seja verificado por qualquer profissional de saúde o descumprimento de qualquer critério da inclusão, o paciente deverá ser referenciado ao enfermeiro da Unidade Básica de Saúde.

6. Pacientes que retiram Insulina Regular e /ou NPH pela Atenção Básica.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

1. Declaração médica, oriunda do Sistema Único de Saúde ou de serviços conveniados ao SUS, com código da doença (CID – 10);

2. Cópia do Comprovante de Residência com data inferior a 90 dias.;

3. Cópia de Documento de Identificação com foto (RG, Carteira de Trabalho, Habilitação, Carteira Profissional). Nos casos da requerente ser criança poderá ser apresentada cópia da Certidão de Nascimento, acompanhada do Documento de Identificação do responsável;

4. Cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS.

Parágrafo único: Esses documentos são de responsabilidade da Unidade Básica de Saúde, assim como o prontuário do paciente.

5. Cópia da Receita Médica atualizada.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os usuários deixarão de ser beneficiados por este protocolo em caso de:

1. Mudança para outro município;

2. Não aderência às recomendações terapêuticas dos profissionais de saúde;

3. Suspensão da insulinoterapia por orientações médicas:

a) Usuários que são DM 2, que fazem uso de associação de insulina e hipoglicemiantes orais, e que atingiram condição clínica estável, com baixa variabilidade nos resultados dos testes de HbA1C normal ou quase normal. Esses usuários têm menor necessidade de testes e pode-se considerar a devolução de tiras reagentes e glicosímetros. Estes pacientes deverão continuar monitorando a glicemia capilar nas Unidades de Saúde e, se necessário, solicitar novamente o glicosímetro caso ocorra descompensação do quadro. Enquanto isso, estes aparelhos poderão ser aproveitados por outros pacientes mais instáveis;

b) Pacientes que usaram insulina durante a gestação (DM gestacional) com suspensão da mesma após o parto ou aborto;

4. Óbito (nesses casos a família se responsabilizará pela devolução do glicosímetro e insumos não utilizados);

5. Quando o paciente deixar de retirar as tiras reagentes na Unidade por 02 vezes consecutivas, a ESF deverá realizar Busca Ativa através do Agente Comunitário de Saúde – ACS, para que se saiba os motivos da ausência. Após o contato com o paciente o mesmo deverá realizar recadastramento e apresentar Declaração médica atualizada (constando a necessidade, número de tiras reagentes com justificativa, etc.).

5.1. Caso a UBS não informar ou não recadastrar o paciente ausente, a secretaria municipal de saúde/ almoxarifado Farmácia poderá cancelar automaticamente;

6. Pacientes que retiram Análogos de Insulina pelo Componente Especializado de Atenção Farmacêutica.

7. Não apresentar o Mapa de monitoramento da glicemia capilar.

GLICOSÍMETRO

1. O aparelho pertence à Prefeitura Municipal de Rio Grande da Serra, e deve ser devolvido no prazo de 30 dias em caso de: suspensão da Insulinoterapia pelo médico assistente, mudança de município, defeito ou dano ao aparelho, recolhimento do aparelho para substituição em caso de mudança do fornecedor, óbito e exclusão.

1.1. Quando o glicosímetro for devolvido na Unidade Básica de Saúde deverá ser preenchido o Termo de Devolução (Anexo 1). Este aparelho se estiver em boas condições de uso poderá ser repassado a outro paciente, caso contrário deverá ser devolvido através de memorando via malote.

1.2. Em casos de troca do aparelho pelo Município, não será necessário preencher o Termo de Devolução, o termo a ser preenchido é o Termo de Responsabilidade (Anexo 2), devendo ser feito uma observação no termo preenchido, que está sendo realizado troca do aparelho e se o outro já aparelho foi devolvido.

2. A responsabilidade do usuário sobre o Glicosímetro recebido deverá ser oficializada



através do TERMO DE RESPONSABILIDADE DE EMPRÉSTIMO (Anexo 2), que deverá ser armazenado adequadamente .

3. Em caso de roubo ou perda do aparelho o usuário deve fazer BOLETIM DE OCORRÊNCIA na delegacia mais próxima e entregar uma cópia do mesmo na Unidade Básica de Saúde onde retirou o aparelho para reposição.

4. Fica sob a responsabilidade do Enfermeiro informar ao paciente o tipo de bateria do aparelho Glicosímetro, que deverá ser substituída pelo próprio paciente quando houver a necessidade.

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES ENTRE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Parágrafo Único: Quando o paciente mudar de endereço dentro do município de Rio Grande da Serra o mesmo deverá ser orientado a informar o novo endereço na Unidade Básica de Saúde de origem e o enfermeiro responsável informará a Unidade Básica de Saúde de destino. Deverão ser encaminhado via malote todos os documentos como cadastro, declaração médica e cópia do termo de responsabilidade do aparelho para o enfermeiro responsável. Deverá ser notificada da transferência do paciente.

FLUXO DE DISPENSAÇÃO DE TIRAS REAGENTES E LANCETAS

Documentos necessários:

1. Cópia de Documento de Identificação com foto (RG, Carteira de Trabalho, Habilitação, Carteira Profissional). Nos casos da requerente ser criança poderá ser apresentada cópia da Certidão de Nascimento, acompanhada do Documento de Identificação do responsável;

2. Mapa de monitoramento da glicemia capilar.

DISPENSAÇÃO DAS TIRAS E LANCETAS DE GLICEMIA:

1. A distribuição das tiras e lancetas será preferencialmente entregue aos pacientes na data agendada que será realizado o Hiperdia, conforme Programa de Educação em Saúde (Estratégia Saúde da Família);

1.1. Na ausência deste paciente durante a realização do Hiperdia, o mesmo poderá

retirar em outro dia, as tiras e lancetas na Unidade Básica de Saúde mais próxima da sua residência segundo a territorialização Municipal, onde está cadastrado.

2. O paciente ao retirar as tiras e lancetas deverá assinar uma lista padrão, onde contém o nome do paciente, quantidade de tiras reagentes e lancetas, data da retirada e data de retorno;

2.1. Mensalmente o paciente cadastrado no programa deve retornar à UBS onde está cadastrado para a retirada das tiras reagentes e lancetas, trazendo a documentação exigida neste protocolo e o mapa de monitoramento da glicemia capilar.

2.2. Na mudança do perfil terapêutico com alteração da quantidade de tiras e lancetas, o médico deverá solicitar por escrito através da receita e declaração, especificando o número de medidas diárias e o período necessário, bem como para ajuste de doses. Essa solicitação deverá ser encaminhada para a secretaria municipal de saúde/ almoxarifado Farmácia e estará sujeita a avaliação. O prazo para resposta da alteração será em torno de 30 dias.

3. Todo dia 30 de cada mês o Enfermeiro responsável deverá encaminhar via malote para a secretaria municipal de saúde/ almoxarifado Farmácia, o Relatório Mensal do Programa de Fornecimento de Tiras de Glicemia (Anexo 3), junto a Lista com as assinaturas dos pacientes.

3.1. As Fichas de Inclusão (Anexo 4), Termo de Responsabilidade, Termo de Devolução e a Lista com as assinaturas dos pacientes, deverão ser encaminhadas sempre no dia 30 de cada mês para a secretaria municipal de saúde/ almoxarifado Farmácia.

4. O Enfermeiro responsável deverá todo mês observar se os pacientes estão assíduos e quando necessário realizar busca ativa dos pacientes. O mesmo deverá descrever no Relatório Mensal do Programa de Fornecimento de Tiras de Glicemia, a quantidade de estoque de tiras reagentes do mês anterior que está em poder da UBS, não deve ser dispensado para outro paciente não cadastrado, nem para uso interno da UBS, pois o DAPS entenderá que esta quantidade de estoque estará disponível para o paciente no próximo mês.

5. As tiras e lancetas distribuídas aos pacientes devem ser dado baixa no Sistema informatizado, a fim de manter o estoque do Sistema correto.

6. O Relatório servirá de controle do quantitativo dispensado e aprovação em

conformidade com o quantitativo solicitado via Sistema informatizado.

7. A solicitação de tiras e lancetas deverá ser via Sistema Informatizado utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, e ficará sob responsabilidade da Unidade de Saúde.

7.1. As solicitações deverão ser realizadas sempre na primeira semana de cada mês. O pedido de tiras e lancetas para uso interno da Unidade deverá ser feito separadamente.

8. A Ficha de Inclusão do paciente deverá ser encaminhada para a secretaria municipal de saúde/ almoxarifado Farmácia, junto com a Declaração Médica contendo o código da doença (CID-10) e a cópia da Receita atualizada.

8.1. A inclusão será realizada na secretaria municipal de saúde, mediante a Ficha de Inclusão, Declaração Médica e Receituário Médico.

9. O cadastro do paciente deverá ser renovado toda vez que houver alteração do perfil da terapia com alteração das quantidades de tiras e lancetas.

FLUXO DE DISPENSAÇÃO DE GLICOSÍMETROS

1. Será responsabilidade da Unidade de Saúde dispensar o aparelho Glicosímetro aos pacientes que se enquadram nos critérios de inclusão estabelecidos neste protocolo e substituir quando necessário. Também preencher o Termo de Responsabilidade de Empréstimo em 3 (três) vias sendo assim distribuídas: 1ª via para secretaria municipal de saúde/ almoxarifado Farmácia, 2ª via – Unidade de Saúde, 3ª via – Usuário;

1.1. O profissional que dispensar o aparelho Glicosímetro deverá encaminhar o paciente para atendimento pelo Enfermeiro que fará orientações sobre o correto uso e manuseio do aparelho;

2. Caso seja verificado o descumprimento de qualquer critério de inclusão, a Unidade de Saúde não fará a entrega do Glicosímetro e encaminhará o paciente ao Enfermeiro responsável.

3. A Solicitação de Glicosímetros para pacientes novos será realizada na secretaria municipal de saúde/almoxarifado Farmácia, conforme Fichas de Cadastro encaminhado pelas Unidades Básicas de Saúde.

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

FLUXO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

1. O paciente que receber prescrição médica de insulinoterapia deverá ser vinculado ao Cadastro no Sistema Cartão Nacional de Saúde e no Programa de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde -– Hiperdia;

1.1. O paciente que apresentar prescrições da Rede Privada deve ser encaminhado ao Enfermeiro para realizar o cadastro no Hiperdia;

2. O Enfermeiro responsável, após preencher o Cadastro - Hiperdia, deverá orientar a retirada do Glicosímetro, tiras e lancetas na própria Unidade Básica de Saúde e a Insulina e seringas nas Farmácias Básicas Municipais segundo seu território;

2.1. É responsabilidade do enfermeiro da Unidade Básica de Saúde orientar o paciente quanto ao manuseio do Glicosímetro, registro dos resultados dos testes glicemicos e descarte de pérfuro-cortantes (lancetas e agulhas);

3. O paciente deverá ter o retorno agendado para nova retirada de tiras em tempo hábil para que não fique sem tiras e para verificação do controle glicêmico e em caso de falta a equipe é responsável por realizar busca ativa;

4. Pacientes que possuam Glicosímetro da mesma marca fornecida pelo Município poderão retirar apenas as tiras reagentes, desde que respeitados os critérios da inclusão;

6. Em caso de exclusão do Programa o Enfermeiro responsável deverá preencher a Ficha de Exclusão (Anexo 5). Também fica incumbido de orientar a devolução do glicosímetro no prazo de 30 dias na Unidade Básica de Saúde e preencher o Termo de Devolução.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Para fornecimento dos insumos (Glicosímetros, tiras e lancetas) o paciente portador de **Diabetes Mellitus** em insulinoterapia deverá realizar o cadastro na Unidade Básica de Saúde com um Enfermeiro Responsável. As entregas subsequentes de tiras e lancetas serão realizadas mensalmente na Unidade em que o paciente está cadastrado.

Os Relatórios a serem encaminhados mensalmente para/ almoxarifado Farmácia deverão ser de responsabilidade de um ENFERMEIRO e qualquer descumprimento ou irregularidade observada pela Secretaria, este deverá responder.

A escolha e orientação quanto aos horários deverá ser feita pelo médico ou Enfermeiro Responsável. A adesão ao monitoramento é essencial para manutenção do paciente, lembrando que o automonitoramento não deve ser considerado como uma

intervenção isolada e sim como um recurso diagnóstico importante para um bom controle glicêmico, desde que utilizado de maneira inteligente, com efetividade de custo e com a freqüência de testes especificamente indicada para cada condição clínica.

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!

11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA RETIRADA DE GLICOSÍMETRO

Eu, _____, portador de CPF nº _____, residente à _____, nº _____, bairro _____, CEP _____, Rio Grande da Serra/SP, telefone _____, declaro que recebi da Unidade Básica de Saúde _____, na data de ____/____/_____, 01 (um) aparelho glicosímetro da marca e modelo_____, para controle e tratamento de Diabetes Mellitus.

Código do aparelho: _____

Atenção:
1º Estou ciente da minha responsabilidade na guarda e conservação do aparelho a mim concedido, uma vez que o mesmo pertence à Secretaria Municipal de Saúde.
2º Do mesmo modo, também estou ciente de que, este aparelho, destina-se a meu uso pessoal e intransferível, não estando autorizado a cedê-lo para uso de terceiros.
3º Em caso de perda ou roubo, deverá ser elaborado e apresentado Boletim de Ocorrência.
4º Comprometendo-me a devolvê-lo para reposição por aparelho novo de acordo com as determinações a mim fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.
5º Estou ciente também da minha responsabilidade em devolvê-lo em perfeito estado de conservação caso não necessite mais de uso.

Rio Grande da Serra, ____ de _____ de _____.

_____ _____
Nome legível do paciente **Nome legível do funcionário**

Observação:_____
_____

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!

11 **2770-0200** | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INSUMOS – DIABETES INSULINODEPENDENTES
(LEI FEDERAL 11.347/06 – PORTARIA MINISTÉRIO DA SAÚDE 2.583/07)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:
NOME:_____
CNS:_____DATA NASC: _____/_____/_____
PRONTUÁRIO: _____TELEFONE: _____
NOME DA MÃE: _____
ENDEREÇO: _____N° _____
COMPLEMENTO:_____CEP: _____BAIRRO: _____
MUNICÍPIO DE RIO GRANDE DA SERRA.

ANO DE DIAGNOSTICO: _____

INSULINA: ( ) NPH ( ) REGULAR ANÁLOGAS – QUAL: _____
( ) OUTRAS – ESPECIFICAR _____
JUSTIFICAR: _____

INSUMOS PARA 30 DIAS:
( ) TIRAS REAGENTES PARA DOSAGEM GLICEMIA CAPILAR – QUANTIDADE: _____
( ) LANCETAS PARA PUNÇÃO DIGITAL – QUANTIDADE: _____
( ) SERINGA DESCARTÁVEL PARA INSULINA (100UI COM AGULHA FIXA DE 1,3MM X 0,45MM) – QUANTIDADE: _____
Obs. No caso de Caneta de Insulina, não há necessidade de seringa, apenas agulha.

IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR:
NOME: _____
CRM: _____
( ) SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL
UNIDADE DE SAÚDE: _____

RIO GRANDE DA SERRA
_____/_____/_____ _____
Assinatura e carimbo Médico

RETIRADA DE INSULINA
NOME:_____
ENDEREÇO:_____
TELEFONE: _____**SUS:**_____