



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
Gerência de Serviços de Atenção Primária Nº 7 GAMA  
Unidade Básica de Saúde nº 13 GAMA

**FORMULÁRIO - QUANTITATIVO DE INSUMOS POR TIPO DE DM**

(Conforme protocolo publicado no DODF Nº 114 de 18 de junho de 2024)

<b>Nome:</b>	<b>DN:</b>
<b>Cartão SUS:</b>	<b>SES:</b>
Paciente em uso de: ( ) Seringa para insulina ( ) Caneta de insulina	

Tipo	Tiras reagentes	Lancetas	Seringas ou Agulhas para caneta
( ) DM2 Insulinoterapia ao deitar	1 CX 2/2 meses	10 Un/mês	10 Un/mês
( ) DM2 Insulinoterapia 2x/dia	1 CX/mês + 1 CX a cada 3 meses	10 Un/mês	20 Un/mês
( ) DM2 Insulinoterapia 3x/dia ou mais  ( ) DM2 descompensado Comprovado por relatório médico* ( VAL 60 DIAS)  ( ) DM1	3 CX/mês	30 Un/mês	30 Un/mês
( ) DM1 gestante ou em uso de SICI ou contagem de CHO	4 CX/mês	40 Un/mês	30 Un/mês Se necessário
( ) DM1 em uso de sensor de glicose	1 CX 2/2 meses	10 Un/mês	---
( ) Diabetes Gestacional	2 CX/mês	20 Un/mês	30 Un/mês
( ) Gestante com DM em uso de insulina	3 CX/mês	20 Un/mês	30 Un/mês

SICI – sistema de infusão contínua de insulina. CHO carboidrato. \*Validade de 60 dias (DM2 descomp). **1ª VIA**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ASSINATURA E CARIMBO: \_\_\_\_\_

**\*SOMENTE FORNECIDO PARA PACIENTES VINCULADOS À UBS 13 GAMA.**



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
Gerência de Serviços de Atenção Primária Nº 7 GAMA  
Unidade Básica de Saúde nº 13 GAMA

**FORMULÁRIO - QUANTITATIVO DE INSUMOS POR TIPO DE DM**  
(Conforme protocolo publicado no DODF Nº 114 de 18 de junho de 2024)

<b>Nome*:</b>	<b>DN:</b>
<b>Cartão SUS:</b>	<b>SES:</b>
Paciente em uso de: ( ) Seringa para insulina ( ) Caneta de insulina	

Tipo	Tiras reagentes	Lancetas	Seringas ou Agulhas para caneta
( ) DM2 Insulinoterapia ao deitar	1 CX 2/2 meses	10 Un/mês	10 Un/mês
( ) DM2 Insulinoterapia 2x/dia	1 CX/mês + 1 CX a cada 3 meses	10 Un/mês	20 Un/mês
( ) DM2 Insulinoterapia 3x/dia ou mais  ( ) DM2 descompensado Comprovado por relatório médico* ( VAL 60 DIAS)  ( ) DM1	3 CX/mês	30 Un/mês	30 Un/mês
( ) DM1 gestante ou em uso de SICI ou contagem de CHO	4 CX/mês	40 Un/mês	30 Un/mês Se necessário
( ) DM1 em uso de sensor de glicose	1 CX 2/2 meses	10 Un/mês	---
( ) Diabetes Gestacional	2 CX/mês	20 Un/mês	30 Un/mês
( ) Gestante com DM em uso de insulina	3 CX/mês	20 Un/mês	30 Un/mês

SICI –Sistema de infusão contínua de insulina. CHO carboidrato. \* Validade de 60 dias (DM2 descomp).

**2ª VIA**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ASSINATURA E CARIMBO: \_\_\_\_\_

**\* SOMENTE FORNECIDO PARA PACIENTES VINCULADOS À UBS 13 GAMA.**