HOSPITAL pequeno PRÍNCIPE

100 anos

RECEITUÁRIO MÉDICO

[redacted]

(1) Free Style Libre 2 Sensor ____ 2 unid/mês

(2) Free Style Libre 2 Monitor ____ 1 aparelho

28/09/26

Rodrigo Bruel da Silveira
Endocrinologia Pediátrica
CRM 19101

pequeno PRÍNCIPE
Hospital · Rua Des. Motta, 1.070 · 41 3310.1010
Laboratório · Av. Silva Jardim, 1.639 · 41 3310.1131
Centro de Imagem · Rua Des. Motta, 1.070 · 41 3310.1340
Centro de Vacinas · Rua Des. Motta, 913 · 41 3310.1414

288.18 | INSL

HOSPITAL pequeno PRÍNCIPE

RELATÓRIO MÉDICO

A menor [redacted] é portadora de Diabetes Mellitus TIPO I (Cid E 10.9) desde 4 anos de idade. Para auxiliar no tratamento da diabetes sugiro uso do sensor Libre Freestyle 2, dispositivo de monitorização contínua das glicemias.

O Libre fornece um quadro glicêmico completo ao mostrar o nível atual da glicose. Além disso, é possível identificar alterações glicêmicas, permitindo controle adequado das mesmas. O dispositivo analisa as glicemias no tecido intersticial, evitando as dolorosas picadas diárias necessárias para controle glicêmico nos pacientes diabéticos. Assim, traz mais conforto e tranqüilidade ao pacientes e cuidadores.

Rodrigo Bruel da Silveira
Endocrinologia Pediátrica
CRM PR 29201

CPF 036.309.966- 20

Campo Largo, 28 / 09 / 16

SUS Sistema Único de Saúde

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1-Número do CNES*: 15563

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante:

[redacted]

5-Peso do paciente*: ____ kg

4- Nome da Mãe do Paciente*:

6-Altura do paciente*: ____ cm

	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	FREE STYLE LIBRE 2 MONITOR	1	0	0	0	0	0
2	FREE STYLE LIBRE 2 SENSOR	2	0	0	2	0	0
3							
4							
5							
6							

9- CID-10*: E10.9

10- Diagnóstico: DIABETES MELLITUS TIPO 1

11- Anamnese*: DIABETES 1

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

☒ NÃO ☐ SIM. Relatar:

13- Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

☐ NÃO ☒ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____ Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante*: RODRIGO BRUEL DASILVEIRA

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*: 210.1749.2419.0003

16- Data da solicitação*: 28/09/2026

17- Assinatura e carimbo do médico*

Rodrigo Bruel da Silveira
Endocrinologia Pediátrica
CRM 19101

18 - **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR***: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante

☐ Outro, informar nome: _____ e CPF

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

☐ Branca ☐ Amarela
☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: _____
☐ Parda ☐ Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

☐ CPF ou ☐ CNS

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*