

**IV - TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PACIENTE PARA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO
PARA OBESIDADE**

Preenchido pelo próprio paciente

Nome: _____ Nº Carteira: _____
Idade _____ Altura _____ Peso atual _____ Kg, a dificuldade com excesso de peso teve início
no ano de _____ ao atingir o peso de _____ Kg, maior peso atingido _____ Kg no ano de _____

Principais dificuldades causadas pelo excesso de peso _____

Breve descrição dos tratamentos realizados nos últimos 5 anos, comprovados por relatório médico
constando: período de acompanhamento, tratamento instituído e resultados, (iniciar pelo mais recente).

• Especialidade: Endocrinologia / Nutrologia

Nome do Médico	Cidade	Tipos de tratamento: Medicamentos / Dietas	Época / Datas de Início e fim

• Especialidade: Psicologia / Psiquiatria

Nome e citar Psic. p/ psicólogo e Psiq. p/ psiquiatra	Cidade	Tipos de tratamento: Medicamentos, psicoterapia citar: individual, grupal, familiar	Época / Datas de Início e fim

Dietas especiais / exercícios físicos _____

SPA: Sim () Não () – Resultados: _____

Considero ter esgotado os recursos convencionais para o tratamento de obesidade:

Sim () Não () _____

Local e data _____/_____/_____

Assinatura do paciente (Beneficiário Unimed)