

# SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE MÓRBIDA

Dr. Gumericino P. Faria Filho  
Diretor Técnico Médico  
CRM - RJ 5246804-6

**Unimed**   
Costa do Sol

www.unimed.coop.br/costadosol  
Rua Euzébio de Queiroz, 454  
27910-230 Centro, Macaé - RJ  
T.(22) 2105-8000

## PREENCHIDO PELO PROFISSIONAL ASSISTENTE

Endocrinologista  Cirurgião Geral  Psicólogo  Outros: \_\_\_\_\_

## DADOS DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Nº carteira Unimed: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da 1ª consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IMC 1ª consulta: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Peso: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ m

Data avaliação atual: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IMC atual: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Peso: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ m

## COMORBIDADES

Sim  Não

10 - Hipertensão Arterial Sistêmica

O24.3 - Diabetes Mellitus

E78.0 - Dislipidemia

M19.9 - Artrose

G47.3 - Apneia

Outros \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## USO DE MEDICAMENTOS

Sim  Não  Quais: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do profissional solicitante