

# Solicitação de Tratamento Cirúrgico para Obesidade Mórbida



## Preenchido pelo Profissional Assistente

Endocrinologista  Cirurgião Geral  Outros:

Nome		CPF
Data de Nascimento	Nº carteira Unimed	Nº do Protocolo de atendimento

## Dados do Paciente

Data da 1ª consulta / /	Peso kg	IMC 1ª consulta kg/m <sup>2</sup>	Altura m
Data avaliação atual / /	Peso kg	IMC atual kg/m <sup>2</sup>	Altura m

## Comorbidades

Comorbidades

- Sim  Não
- 10 - Hipertensão Arterial Sistêmica
- O24.3 - Diabetes Mellitus
- E78.0 - Dislipidemia
- M19.9 - Artrose
- G46.3 - Apneia
- Outros
- CID - 10

## Uso de Medicamentos

Uso de medicamentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quais?
--	----------------

Com base na data da 1ª consulta e na data da consulta atual é possível atestar que houve falha de tratamento clínico por pelo menos dois anos?

Sim  Não

A falha de tratamento clínico pode ser demonstrada apenas por relato do(a) beneficiário(a)?

Sim  Não

Com base na data da 1ª consulta e na data da consulta atual é possível atestar que o(a) beneficiário(a) é portador de Obesidade Mórbida há mais de 5 anos?

Sim  Não

A instalação da Obesidade Mórbida pode ser demonstrada apenas por relato do(a) beneficiário(a)?

Sim  Não

Tempo de evolução da doença

Observações:

## Assinatura

Assinatura e carimbo do profissional solicitante	Data
--	------