

**DADOS DO BENEFICIÁRIO**

Nome:

Matrícula:

**ATENÇÃO:** o(a) paciente acima identificado(a) possui proposta para realização de Cirurgia de Gastroplastia / Bariátrica. Solicitamos o seu parecer quanto às condições clínicas do(a) paciente, ausência de distúrbio endócrino, passível de tratamento, e que explique a obesidade, adequado entendimento sobre a cirurgia e capacitação para adequar-se às condições dietéticas após o ato cirúrgico. Este documento deve ser preenchido por médico(a) endocrinologista especialista, com registro de especialidade no CRM conforme código de Ética Médica. Ao assinar este documento, o(a) profissional atesta a veracidade das informações apresentadas.

**AVALIAÇÃO CLÍNICA**Idade: \_\_\_\_\_ Peso atual (kg): \_\_\_\_\_ Estatura (m): \_\_\_\_\_ IMC atual (kg/m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Considerações gerais:

**INDICAÇÃO CIRÚRGICA**

Declaro que o(a) paciente acima identificado(a):

Não possui distúrbio endócrino, passível de tratamento, e que explique a obesidade, e está orientado(a), do ponto de vista endocrinológico, completamente capaz de avaliar as consequências de curto, médio e longo prazo do ato cirúrgico ao qual será submetido(a), das quais tem consciência e avalia com juízo crítico adequado.

Possui distúrbio endócrino, passível de tratamento, e que explique a obesidade e/ou não possui condições para o ato cirúrgico a ser submetido(a), estando CONTRAINDICADO(A), do ponto de vista endocrinológico, para a sua realização.

**DADOS DO(A) ENDOCRINOLOGISTA ASSISTENTE**

Nome:

CRM:

RQE:

\_\_\_\_\_  
Cidade\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura