

PE-2RHU-00056

AMS - ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE

Anexo C - Avaliação Pericial pelo Médico indicado pela Companhia para Cirurgia Bariátrica

Data do exame médico: ____ / ____ / ____.

Identificação do Paciente

Nome do Paciente: _____.

Idade do Paciente: ____ anos. Sexo: _____. Matrícula: _____.

Peso: _____ (kg). Altura: _____ (cm). IMC: _____ (kg/m²).

Data do início da obesidade: ____ / ____ / ____.

Tratamentos para obesidade a que se submeteu:

Comorbidades associadas e/ou tratamento:

Quadro clínico atual do paciente:

Distúrbio psiquiátrico informado em relatório de Psiquiatria:

() Sim () Não Qual: _____

Pressão Arterial: ____ X ____ mmHg. Frequência Cardíaca: ____ BPM

PE-2RHU-00056

AMS - ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE

Anexo C - Avaliação Pericial pelo Médico indicado pela Companhia para Cirurgia BariátricaExame físico:Exames complementares e outros documentos médicos anexados:

- | | |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Risco cirúrgico | <input type="checkbox"/> Endoscopia _____ |
| <input type="checkbox"/> Relatório psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Ultrassom _____ |
| <input type="checkbox"/> Avaliação pneumológica | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

Conclusão:

Após exame clínico e análise dos documentos médicos apresentados pelo beneficiário concluo que:

- O paciente preenche critérios de indicação para a cirurgia bariátrica, na presente data.
- O paciente **não** preenche critérios de indicação para a cirurgia bariátrica, na presente data.

_____ (____), ____ de ____ de 20 ____ .
local UF dia mês ano

Médico autorizador da Petrobras
Nome, CRM e Carimbo

Rubrica-Matrícula do Atendente

Autorizado no Sistema Informatizado por: _____.

Matrícula: _____ em ____/____/____.