

FORMULÁRIO DE PRÉ-SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

Matrícula: _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Médico Assistente: _____

Data da Primeira Consulta: _____ / _____ / _____

Data Prevista para Cirurgia: _____ / _____ / _____

Hospital: _____

Favor enviar este documento para o fax (21) 2517-5737 ou
para o e-mail: elisabeth.martins@unimedrio.com.br, com cópia para
eduardo.chagas@unimedrio.com.br