



**Sistema Integrado de Saúde – SIS  
Senado Federal**

**LISTA DE DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA - BARIÁTRICA**

1. Solicitação Cirurgião
2. Formulário 1 – Endocrinologista
3. Parecer do Cardiologista
4. Parecer do Pneumologista
5. Parecer do Psiquiatra
6. Formulário 2 - Nutricionista
7. Parecer Psicologia
8. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
9. Exames Laboratoriais Outros – descrever abaixo
10. Formulário 3 - médico que tratou a obesidade nos últimos 2 anos\*

**Observações:**

\*O Formulário 3 terá sua apresentação dispensada, caso o endocrinologista tenha acompanhado a obesidade do(a) beneficiário(a) nos últimos 2 anos, situação na qual o Formulário 2 será considerado suficiente.

- Documentos obrigatórios: 1 a 9
- Documentos requeridos a critério da Perícia Médica do Senado Federal: 10
- Os documentos referentes aos especialistas médicos (1,2,3,4,5) requerem que o especialista tenha CRM ativo e **RQE (Registro de Qualificação de Especialista no CFM) válido na especialidade solicitada.**
- Preferencialmente os documentos devem ser fornecidos pela equipe de profissionais que acompanha a beneficiária há mais tempo.
- Documentos referentes aos demais profissionais de saúde, nutricionista e psicólogo, requerem inscrição ativa no respectivo conselho de classe.
- **O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá ser elaborado pelo cirurgião responsável, em linguagem clara, objetiva e de fácil assimilação pelo beneficiário, contendo a descrição de todas as possíveis complicações oriundas do procedimento proposto e a assinatura do beneficiário e do médico assistente.**
- **Será requerida comprovação de tratamento continuado, sem interrupção e com aderência aos protocolos clínicos atualmente aceitos para controle e tratamento da obesidade, pelo período mínimo de 2 anos, aceitando-se para isso a declaração do médico, clínico ou endocrinologista, envolvido no cuidado ao beneficiário, os quais se responsabilizam pela veracidade das informações fornecidas.**
- Exames Laboratoriais de apresentação recomendada: ecografia de abdome total, esofagogastroduodenoscopia e histopatológico, se for realizada biópsia, hemograma completo, INR, TTPa, creatinina, bilirrubina total e frações, TGO, TGP, GGT, Fosfatase alcalina, cálcio total, fósforo, albumina, 25(OH)D, PTH, ferritina, saturação da transferrina, TSH, lipidograma completo, glicemia em jejum, hemoglobina glicada, sorologias para hepatite B, C e HIV. Anexar ao Formulário 1

triagem para Cushing (cortisol pós dexametasona 1 ou 2 mg ou cortisol livre em urina de 24 horas). A critério da perícia médica, a lista de exames laboratoriais poderá ser alterada, conforme as particularidades de cada caso.

- O campo “Data de solicitação pela perícia” será preenchido com NA (não se aplica) em caso de apresentação antecipada por parte do beneficiário e médico assistente.
- Situação refere-se à regularidade do documento apresentado, que deve estar em conformidade com as normas definidas neste formulário, podendo ser “aceito” ou “pendente”.
- **Não serão aceitos documentos ilegíveis, datados em mais de 6 meses da data programada para o procedimento cirúrgico, assinados por profissionais sem registro válido nos respectivos conselhos de classe ou sem registro de qualificação de especialidade (RQE) válido no Conselho Federal de Medicina (CFM), quando for requerido especialista médico (Documentos 2,3,4,5).**
- **A presença de RQE válido para médicos especialistas é uma exigência do Conselho Federal de Medicina, podendo ser conferido no site:**  
<<http://portal.cfm.org.br/>>
- Apenas após o recebimento de toda a documentação requerida, será agendada perícia presencial, que pode ser singular ou em Junta Médica, a critério da Perícia Médica do Senado Federal. - A Perícia Médica não receberá documentação incompleta.
- Conforme § 1º do Art. 29 do Ato da Comissão Diretora Nº 2, de 2018, a Perícia Médica do Senado Federal poderá, se julgar pertinente, solicitar esclarecimentos adicionais à equipe assistente.



**SENADO FEDERAL**  
**SECRETARIA INTEGRADA DE SAÚDE**

SOLICITAÇÃO DE ESCLARECIMENTOS  
PERÍCIA MÉDICA DO SENADO FEDERAL  
FORMULÁRIO 1

**Documento a ser respondido por ENDOCRINOLOGISTA responsável**  
**(NECESSÁRIO REGISTRO DA ESPECIALIDADE DE**  
**ENDOCRINOLOGIA NO CFM – INFORMAR Nº RQE NA**  
**ESPECIALIDADE)** - a ser preenchido pelo endocrinologista que  
acompanha o(a) beneficiário(a).

**Interessado(a):** \_\_\_\_\_ (Código SIS: \_\_\_\_\_)

**Finalidade:** Avaliação médico pericial de procedimento solicitado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
pelo Dr. \_\_\_\_\_, CRM-DF \_\_\_\_\_: Gastroplastia  
para obesidade mórbida (tipo: \_\_\_\_\_).

**Data de solicitação:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Prazo para entrega:** \_\_\_\_\_

---

1) O(a) beneficiário(a) é portador(a) de obesidade há pelo menos cinco anos?  
Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_)

2) O(a) beneficiário(a) está sob sua responsabilidade para tratamento clínico  
continuado – sem interrupção - da obesidade há pelo menos 2 anos?  
Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_)

3) Especificar data de início do acompanhamento do(a) beneficiário(a) sob  
sua responsabilidade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

4) Quais tratamentos clínicos foram tentados até o momento? (descrever  
nome das medicações utilizadas):

---

---

---

---

5) O(a) beneficiário(a) tem praticado atividade física regular nos últimos 2  
anos?



**SENADO FEDERAL**  
**SECRETARIA INTEGRADA DE SAÚDE**

Sim (\_\_\_\_) Não (\_\_\_\_)

Descrever atividade física realizada: \_\_\_\_\_

- 6) O(a) beneficiário(a) tem aderido aos protocolos clínicos de tratamento endocrinológico propostos?

Sim (\_\_\_\_) Não (\_\_\_\_)

- 7) Há evidência de doença endocrinológica causadora de obesidade?  
(anexar função tireoidiana e testes de triagem para Cushing)

Sim (\_\_\_\_) Não (\_\_\_\_)

- 8) Há contraindicação ao procedimento bariátrico do ponto de vista endocrinológico?

Sim (\_\_\_\_) Não (\_\_\_\_)

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nome do médico ENDOCRINOLOGISTA responsável:** \_\_\_\_\_

**Nº - CRM-DF:** \_\_\_\_\_

**Nº - RQE (Registro de qualificação de especialidade em ENDOCRINOLOGIA no CRM-DF):** \_\_\_\_\_

**Carimbo e assinatura** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_



**SENADO FEDERAL**  
**SECRETARIA INTEGRADA DE SAÚDE**

SOLICITAÇÃO DE ESCLARECIMENTOS  
PERÍCIA MÉDICA DO SENADO FEDERAL  
FORMULÁRIO 2

**Documento a ser respondido por NUTRICIONISTA** (a ser preenchido pelo nutricionista que acompanhou o(a) beneficiário(a) por mais tempo nos últimos 2 anos)

**Interessado(a):** \_\_\_\_\_ (Código SIS: \_\_\_\_\_)

**Finalidade:** Avaliação médico pericial de procedimento solicitado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ pelo Dr. \_\_\_\_\_, CRM-DF \_\_\_\_\_: Gastroplastia para obesidade mórbida (tipo: \_\_\_\_\_).

**Data de solicitação:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      **Prazo para entrega:** \_\_\_\_\_

---

1) Especificar data de início do acompanhamento do(a) beneficiário(a) sob sua responsabilidade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2) O(a) beneficiário(a) apresenta comportamento alimentar purgativo, sugestivo de bulimia?  
Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_)

3) O(a) beneficiário(a) apresenta comportamento alimentar sugestivo de compulsão alimentar?  
Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_)

4) Descreva o comportamento alimentar do(a) beneficiário(a):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5) Há quanto tempo o(a) beneficiário(a) tem aderido às recomendações nutricionais propostas? \_\_\_\_\_ ( ) Não há aderência



**SENADO FEDERAL**  
**SECRETARIA INTEGRADA DE SAÚDE**

6) Há deficiências nutricionais a serem tratadas antes da realização da cirurgia bariátrica?

Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_)

7) Parecer nutricional em relação à cirurgia bariátrica:

Favorável (\_\_\_) Desfavorável (\_\_\_)

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**O profissional abaixo se responsabiliza pela veracidade das informações fornecidas**

**Nome do nutricionista responsável:** \_\_\_\_\_

**Nº - CRN-DF:** \_\_\_\_\_

**Carimbo e assinatura** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_



**SENADO FEDERAL**  
**SECRETARIA INTEGRADA DE SAÚDE**

SOLICITAÇÃO DE ESCLARECIMENTOS  
PERÍCIA MÉDICA DO SENADO FEDERAL  
FORMULÁRIO 3

**Documento a ser respondido por MÉDICO responsável pelo acompanhamento da obesidade da beneficiária nos últimos 2 anos.**

**Interessado(a):** \_\_\_\_\_ (Código SIS: \_\_\_\_\_)

**Finalidade:** Avaliação médico pericial de procedimento solicitado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ pelo Dr. \_\_\_\_\_, CRM-DF \_\_\_\_\_: Gastroplastia para obesidade mórbida (tipo: \_\_\_\_\_).

**Data de solicitação:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Prazo para entrega:** \_\_\_\_\_

---

1) O(a) beneficiário(a) é portador(a) de obesidade há pelo menos cinco anos?  
Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_)

2) O(a) beneficiário(a) está sob sua responsabilidade para tratamento clínico continuado – sem interrupção - da obesidade há pelo menos 2 anos?  
Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_)

3) Especificar data de início do acompanhamento da beneficiário(a) sob sua responsabilidade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

4) Quais tratamentos clínicos foram tentados até o momento? (descrever nome das medicações utilizadas):

---

---

---

---

5) O(a) beneficiário(a) tem praticado atividade física regular nos últimos 2 anos?  
Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_)



**SENADO FEDERAL**  
**SECRETARIA INTEGRADA DE SAÚDE**

Descrever atividade física realizada: \_\_\_\_\_

- 6) O(a) beneficiário(a) tem aderido aos protocolos clínicos de tratamento antiobesidade propostos?

Sim (\_\_\_\_) Não (\_\_\_\_)

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nome do médico responsável:** \_\_\_\_\_

**Nº - CRM-DF:** \_\_\_\_\_

**Carimbo e assinatura** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_