



**PLANEJAMENTO REPRODUTIVO/FAMILIAR
DECLARAÇÃO PARA ESTERILIZAÇÃO DEFINITIVA
VASECTOMIA OU LAQUEADURA**

Nº CARTÃO SUS: _____

Nº FF: _____

Eu, _____,

portador do documento de identificação | | RG ou | | CPF nº: _____,

_____ anos, _____ filhos vivos, residente na _____

(RUA / AV. Nº / BAIRRO / CIDADE)

Declaro, para os devidos fins, que:

- 1 - é de minha livre e espontânea vontade e do meu interesse realizar esterilização cirúrgica;
- 2 - recebi todas as informações e orientações, sobre todos os métodos contraceptivos e sobre esterilização, tendo participado do "Grupo Educativo em Métodos Contraceptivos/Planejamento Reprodutivo", na Unidade de Saúde: _____;
- 3 - estou ciente dos riscos físicos da cirurgia e de sua irreversibilidade;
- 4 - estou ciente que a esterilização, tanto a vasectomia quanto a laqueadura, são eficazes em 99,8% ou seja, **2 pacientes em 1000 que se esterilizam podem continuar férteis.**

ASSINATURA DO PACIENTE:

Campinas, ____ de _____ de ____ .

PARECER DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Nós, profissionais de saúde abaixo assinados, tendo avaliado a decisão da/o paciente pela esterilização cirúrgica e considerando os critérios legais, manifestamos nosso parecer:

| | FAVORÁVEL à esterilização cirúrgica, considerando que a(o) mesma(o) cumpre os critérios da Lei Federal nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. (Obs: obrigatórias as assinaturas de profissional médico e de um segundo profissional, de nível universitário, da equipe).

| | NÃO FAVORÁVEL à esterilização cirúrgica da/o paciente acima, pelo(s) motivo(s) a seguir:

ASSINATURA DO PROFISSIONAL MÉDICO DA EQUIPE:

ASSINATURA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE DA EQUIPE:

Campinas, ____ de _____ de ____ .