



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

**PLANEJAMENTO FAMILIAR
ENCAMINHAMENTO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA
VASECTOMIA OU LAQUEADURA**

REFERÊNCIA



DE UNIDADE DE SAÚDE:

Nº CARTÃO SUS:

Nº DO PRONTUÁRIO DO SERVIÇO:

NOME DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

NOME DA MÃE:

TELEFONES DE CONTATO:

PARA HOSPITAL:

ESPECIALIDADE:

CONSULTA MARCADA PARA O DIA: HORA:

ENDEREÇO:

RECEBEU PARECER FAVORÁVEL PARA:

☐ VASECTOMIA

☐ LAQUEADURA TUBÁRIA

INFORMAÇÕES CLÍNICAS DE INTERESSE:

RESULTADOS DE EXAMES (COM RESPECTIVAS DATAS) / TRATAMENTO REALIZADO:

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

SE NECESSÁRIO, USAR O VERSO PARA COMPLEMENTAR AS INFORMAÇÕES



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

CONTRA - REFERÊNCIA



DE HOSPITAL:

AMBULATÓRIO:

PARA UNIDADE SOLICITANTE:

NOME DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

Nº CARTÃO SUS:

Nº DO PRONTUÁRIO DA UNIDADE SOLICITANTE:

PACIENTE SUBMETIDO(A):

☐ VASECTOMIA

☐ LAQUEADURA TUBÁRIA

EM:

INTERCORRÊNCIAS:

☐ NÃO

☐ SIM

QUAL?

ORIENTAÇÕES:

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO