



Registro que expressa manifestação de desejo de laqueadura ou vasectomia +
Declaração de realização de grupo ou aconselhamento

UBS: _____

Eu,

_____, CPF nº _____, com data de nascimento

___/___/_____, manifesto o desejo de submeter-me ao procedimento de esterilização voluntária, método contraceptivo definitivo. Sei que, entre a manifestação da minha vontade (por meio deste documento), e o procedimento cirúrgico, deverão se passar ao menos 60 dias a partir da assinatura desta solicitação. Neste período terei a chance de refletir sobre minha decisão sob a orientação de profissionais de saúde através de aconselhamento (consulta) ou grupo de planejamento familiar. A esterilização voluntária será realizada por meio cirúrgico – laqueadura (ligadura das trompas) ou vasectomia. Estou ciente que estou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo disponível.

Paulínia, ___/___/_____.

Assinatura do paciente

() Realizada palestra/aconselhamento individual sobre saúde reprodutiva/ métodos contraceptivos reversíveis e definitivos.

Paulínia, ___/___/_____

 Av. Prefeito José Lozano Araújo, 1.551 - Parque Brasil 500 - CEP: 13141-901 - Paulínia/SP

 www.paulinia.sp.gov.br

(19) 3874.5600





Assinatura do profissional de saúde responsável (médico ou enfermeiro)

1. Dados Gerais:

Nome: _____

Idade: _____ DN: _____ UBS _____ RI: _____

Estado Civil: _____ Tempo de União: _____

Nº filhos: _____ Sexo e idade dos filhos: _____

2. Antecedentes Obstétricos: _____

3. Métodos contraceptivos anteriores: _____

4. Patologias Associadas: _____

5. Reunião Planejamento Familiar:

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico: _____

Assinatura e carimbo da enfermeira: _____



Av. Prefeito José Lozano Araújo, 1.551 - Parque Brasil 500 - CEP: 13141-901 - Paulínia/SP



www.paulinia.sp.gov.br

(19) 3874.5600

