



**ENCAMINHAMENTO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA**

**UNIDADE DE SAÚDE**

**PARA O HOSPITAL:** \_\_\_\_\_

Nome da(o) Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ N.º de filhos \_\_\_\_\_

Ações Educativas: Data (s) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura - Nome - Cat. Prof.

Entrevista de Reflexão sobre o Método Contraceptivo escolhido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura - Nome - Cat. Prof.

Consulta Médica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura - Nome - Cat. Prof.

Encaminhamento para Cirurgia de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

S.Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Resp. pelo Encaminhamento  
(Nome e Cat. Prof.)



**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA EXPRESSA MANIFESTAÇÃO DE  
VONTADE PARA  
ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA**

**UNIDADE DE SAÚDE**

Eu, \_\_\_\_\_,  
R.G. n.º \_\_\_\_\_ SSP/ \_\_\_\_\_; inscrito no CPF/MF sob o  
nº \_\_\_\_\_; nascida (o) na cidade \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
residente e domiciliado na rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_; telefone \_\_\_\_\_; abaixo  
assinado, solicito minha esterilização permanente (Lei nº 9263/96 de 12/01/1996 e  
Lei LEI Nº 14.443, DE 2 DE SETEMBRO DE 2022 ), através de vasectomia (  );  
laqueadura tubária bilateral (  ), declaro estar ciente de que ficarei impedido(a) de ter  
filhos após a cirurgia. Declaro que fui esclarecido (a) que o procedimento apresenta  
uma zona de risco de não eficácia: falha de 0,15 (quinze centésimos) para 100  
homens e falha de 0,41 (quarenta e um centésimos) para 100 mulheres. Declaro que  
fui informado dos cuidados pós-vasectomia: procurar o serviço de saúde na presença  
de febre > 38° C, sangramento ou secreção pela incisão e dor ou aumento de  
volume escrotal; manter abstinência sexual por 4 dias e,  
posteriormente, utilizar métodos de anticoncepção até a realização do  
espermograma de controle após 20 ejaculações, para confirmar a efetividade do  
método. Declaro que fui informada dos cuidados pós-laqueadura: abstinência sexual  
por 14 dias, retornar ao serviço de saúde em 7 a 14 dias, para reavaliação; procurar o  
serviço de saúde na presença de febre > 38°C, dor abdominal persistente,  
sangramento ou saída de secreção pela incisão.  
Declaro expressamente que me sinto esclarecido(a) sobre os métodos  
anticoncepcionais reversíveis, bem como, foi-me dado amplo e irrestrito acesso a  
todas as informações sobre os riscos da cirurgia e possíveis efeitos colaterais e de sua  
não eficácia em casos específicos. Declaro que concordo e aceito todas as restrições  
do método, assumindo todas as consequências do tratamento.



Declaro ainda, que tenho \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) filhos:

a) (  ) e que **não** mantenho união estável;

b) (  ) e que mantenho união estável com \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ R.G. n.º \_\_\_\_\_ .

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do solicitante

Nome: \_\_\_\_\_

R.G.: \_\_\_\_\_