

Anexo 03 – Processo para Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva

- Masculina – Vasectomia
 Feminina – Laqueadura Tubária

Unidade Básica de Saúde: _____

Consulta de Enfermagem

Declaro que _____,
portador de CPF _____, participou de orientação no dia ____/____/____,
obtendo **informações sobre todos os métodos reversíveis e irreversíveis de contracepção e esterilização**, no Programa de Planejamento Familiar, optando pelo procedimento de esterilização cirúrgica que é **considerado irreversível**.

- Possui comprovadamente _____ anos (mais de 21 anos); ou,
 Possui comprovadamente _____ filhos (mínimo 2 filhos vivos).

Carimbo e assinatura.
Enfermeiro (a).
Coren/sc.