

Anexo 4 – Esterilização Cirúrgica Eletiva – Vasectomia.

Consulta Médica

Após atendimento do usuário, realizado no dia ___/___/_____, e avaliação clínica quanto a possível massa escrotal, infecções locais, infecção sexualmente transmissível (IST) atual, infecção sistêmica ou gastroenterite, dou o seguinte parecer.

- () O usuário **NÃO ESTÁ APTO** à indicação de esterilização cirúrgica definitiva.
- () O usuário **ESTÁ APTO**, mediante livre consentimento, à indicação de esterilização cirúrgica definitiva.

Carimbo e Assinatura.

Médico (a).

CRM/SC.