

ANEXO 04

Esterilização Cirúrgica Eletiva

Processo para Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva destina-se para:

- Masculina – Vasectomia
- Feminina – Laqueadura Tubária

Unidade Básica de Saúde da Família solicitante: _____

Declaração

Declaro que _____,
CPF _____, participou de orientação no dia ____ / ____ / _____,
e teve acesso às **informações sobre todos os métodos reversíveis e irreversíveis de contracepção e esterilização** no Programa de Planejamento Reprodutivo, optando pelo procedimento de esterilização cirúrgica que é **considerado irreversível**. Possui ao menos um dos critérios abaixo:

- Possui comprovadamente ____anos (mais de 21 anos);
- Possui comprovadamente ____filhos (mínimo 2 filhos vivos).

Carimbo e assinatura Enfermeiro (a) -Coren/SC.